

第三者行為による被害届

(介護保険用)

年 月 日

(受給者) 住所 〒

瀬戸市長 伊藤 保徳 様

氏名 ㊟

電話 () -

下記のとおりお届けします。

事故発生日	年 月 日 午前・午後 時 分頃	事故発生場所				
事故原因と状況						
被害者名 (受給者名)	被保険者証番号					
	住所	(〒 -)	電話	() -		
	フリガナ		世帯主との続柄	性別	男・女	
	氏名		生年月日	(明・大・昭) 年 月 日		
第三者(加害者)に関する事項	加害者 (運転者)	住所	(〒 -)			
		氏名		生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	
		職業		電話	() -	
	保有者 (契約者)	氏名		電話	() -	
		住所	(〒 -)			
		加害者 との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
	自賠責保険	有	保険会社		証明書番号	
		無				
	任意 保険	有	保険会社		支店名	課名
						担当者名
無		証券番号		電話		
要介護区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	保険給付 開始日	年 月 日		
介護サービス利用状況				医療保険求償等利用状況の有無		
事業所名		利用開始日		保険の種類	国民健康保険	有・無
		年 月 日			老人保健	有・無
		年 月 日			条例による福祉医療	有・無
住宅改修		年 月 日			社会保険	有・無
福祉用具の購入 ()		年 月 日			診療開始日	年 月 日

※ 注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

1. 念書(兼同意書)
2. 事故発生状況報告書
3. 交通事故証明書