

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 川 本 雅 之 様

氏名 (印)

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 老人保健 有・無 条例による福祉医療 有・無 社会保険 有・無	
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
住宅改修		年 月 日		
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