

【介護保険用】

## 第三者の行為による傷病届

令和 年 月 日

福岡市 区長 殿

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

保険者番号		被保険者番号	
はじめて要介護認定等を受けた日		平成・令和 年 月 日	
被保険者	フリガナ	生年月日	明 大 年 月 日 ( 才 ) 昭 平
	氏 名	性別	男・女 職業
事故の内容	発 生 日 時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	発 生 場 所		
	事故原因と状況		
	警 察 署 へ の 届	届 済 ・ 未 届 ( い づ れ か ○ 印 )	届 出 所 轄 署 警 察 署
	心 身 の 状 況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )	
被保険者の人身傷害 補償保険について	有・無	損保名[ 会社 ] サービスセンター 担当者名[ ] 電話番号[ ]	

第三者 (相手者) 関係	相手者	住 所						
		フリガナ	性別	男・女	年令	才	職業	
		氏 名						
	保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ( )						
	保有者 (所有者・ 使用主)	住 所 (所在地)	電話					
名 称								
代 表 者								
契約者との関係		本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ( )						

第三者の自賠責 共済 関係	自賠責 共済 契約者	保険会社(又は農協)			共済 証明書 番号			
		住所	電話					
	フリガナ 氏名				共済 期間	自平・令	年 月 日	
	相手者の自動車	車種		登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台 番号	至 平・令	年 月 日
	任意保険(対人) の有無	有・ 無	契約保険 会社	保険会社(相互)		サービスセンター		
			電話番号	( )	担当者			
		証券番号	第		号			

		介護給付開始日	平成・令和		年 月 日
介護サ ービス 利用	事業所名		利用開始日	年 月 日	
			利用開始日	年 月 日	
			利用開始日	年 月 日	
			利用開始日	年 月 日	
			利用開始日	年 月 日	
	住宅改修	有・無	領収日	年 月 日	
	福祉用具購入	有・無	領収日	年 月 日	
	その他 (その他のサービス)	有・無	領収日	年 月 日	
示談	示談が成立した( 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定( 月ごろ) ・ 裁判の見込み				
損害賠償金を 受領した場合		名目	金額又は品目	受領年月日	

- 注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。
- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
  - 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
  - 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1部
  - 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
  - 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1部
  - 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部
2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連絡先	課	係	担当者( )
			電話( )