

【介護保険用】

## 第三者的行為による傷病届

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 事 故 の 内 容	フリガナ 氏 名			生年月日	明 大 昭 平	年 月 日 ( 才 )	
				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 ( )				
被保険者の人身傷害補償保険について	被保険者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )					
	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	住 所						
	フリガナ			性別	男・女	年令	才
	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)						
	名 称						
	代表者						
	契約者との関係	本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ( )					

第三者的 自賠責 保険 共保 済 関 係	自 賠 責 保 険	保険会社(又は農協)				共済 保険 證明書番号		
		共保 済 契 約 者	住 所	電話				
		氏 名	フリガナ			共済 保険 期 間	自 平・令 年 月 日 至 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
	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 サ ー ビ ス 利 用	介 護 給 付 開 始 日			平成・令和 年 月 日	
	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
		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	
	その他の (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 ( )