

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届(介護保険用)										
被 保 険 者	被 保 険 者 番 号					保 険 者 番 号		434449		
	氏 名	フリガナ				生 年 月 日	年 月 日			
	住 所	TEL () -								
	勤 務 先 (無い場合は記入 不要)	所在地								
名 称		TEL () -								
事 故 発 生 の 年 月 日		午前午後 時 分頃 年 月 日								
事 故 発 生 場 所										
負 傷 の 原 因		☐ 交通事故 ☐ その他()				負 傷 時 の 状 況		☐ 勤務中 ☐ 私用中		
介 護 サ ー ビ ス の 利 用 状 況	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				
	その他サービス	有 ・ 無			領 収 日	年 月 日				
示 談 状 況	示談の有無	見舞金、自賠責保険から仮渡金、治療費など金品をもらった場合や、話し合いをした場合はその状況を 記入してください。 ※ 示談したときは示談書の写しを添付してください。								
	有 ・ 無									

1 交通事故証明書（人身事故）（傷害・飼い犬による咬傷の場合不要です）
2 事故発生状況報告書
3 念書（署名は被保険者です）
4 誓約書（署名は第三者です）

1 この届出は、第三者行為(交通事故等)で負傷し、介護保険を使用して介護サービスを受ける場合に提出してください。
2 介護保険を使用して介護サービスを受けたときは、その費用の限度において、甲佐町が加害者や自賠償・任意保険に
対して損害賠償請求権を取得します。

(特 記 事 項)

第三者	住 所											
	氏 名	TEL () -										
	勤 務 先	所 在 地										
		名 称	TEL () -									
第 三 者	自 動 車 損 害 賠 償 保 険 (自 賠 責)											
	保険会社名					保 険 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
	証明書番号											
	保険契約者	氏 名				所有者との関係						
						運転者との関係						
		住 所					電 話 番 号					
	自 動 車 の 所 有 者	氏 名				住 所						
	車 両 番 号					車 台 番 号						
第 三 者	任 意 保 険 の 有 無								有 ・ 無			
	保険会社名					任 意 保 険 の 使 用		可 ・ 不可 ・ 不明				
	担当者氏名						電 話 番 号					
	証 券 番 号											
	保険契約者	氏 名				住 所						

上記のとおり届けます。

年 月 日

住所

氏名

被保険者との関係 () ※署名又は記名・押印

電話 () —

甲 佐 町 長 様

受 付 印