

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届(介護保険用)

被 保 険 者	<u>被保険者番号</u>		<u>0001234567</u>		<u>保険者番号</u>		<u>434449</u>		
	<u>氏名</u>	<u>フリガナ</u>	<u>クマモト ハナコ</u>			<u>生年月日</u>	<u>昭和〇年 〇月 〇日</u>		
		<u>熊本 花子</u>							
	<u>住所</u>		<u>甲佐町大字〇番〇号</u>						
			<u>TEL(〇〇〇) ×××-××××</u>						
	<u>勤務先</u> (無い場合は記入不要)		<u>所在地</u>	<u>※無い場合は記入不要です</u>					
		<u>名称</u>	<u>※無い場合は記入不要です</u>						
		<u>TEL() - </u>							
<u>事故発生の日</u>		<u>令和〇年 〇月 〇日</u>							
		<u>午前</u> <u>午後</u> 〇時 〇〇分頃							
<u>事故発生場所</u>		<u>熊本市〇区〇〇 〇丁目〇番〇号</u>							
<u>負傷の原因</u>		☒ 交通事故 ☐ その他()				<u>負傷時の状況</u>		☐ 勤務中 ☒ 私用中	

介護サービスの利用状況			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	令和〇年	〇月	〇日
	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					

※ 提出するときは次の書類を添付してください

- 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）

(届出上の注意)

- 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責・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	甲佐町大字○番○号				
	氏 名	九州 太郎 TEL (○○○)×××-××××				
	勤 務 先	所 在 地	甲佐町大字○番○号			
		名 称	○○株式会社 TEL (○○○)×××-××××			
第 三 者	自 動 車 損 害 賠 償 保 険 (自 賠 責)					
	保険会社名	○○○自動車共済		保 險 期 間	令和○年 ○月 ○日 から令和○年 ○月 ○日 まで	
	証明書番号	第 ABC - 123456789 号				
	保険契約者	氏 名	九州 太郎		所有者との関係	本人
					運転者との関係	本人
		住 所	甲佐町大字○番○号		電 話 番 号	(○○○)×××-××××
	自 動 車 の 所 有 者	氏 名	九州 太郎		住 所	甲佐町大字○番○号
車 両 番 号	熊本00あ001		車 台 番 号			
第 三 者	任 意 保 険 の 有 無				有 ・ 無	
	保険会社名	△△火災海上保険		任意保険の使用	可 ・ 不可 ・ 不明	
	担当者氏名	豊内 一郎		電 話 番 号	(○○○)×××-××××	
	証 券 番 号					
	保険契約者	氏 名	九州 太郎		住 所	甲佐町大字○番○号

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