

第三者行為による被害届

| | | | | | | |
|--|--|----------|------------------|-----------|--------------|--|
| 被害者 | 保険者番号 | | 区分 | 介護保険 | | |
| | 被保険者記号番号 | | 介護保険 給付開始年月日 | 要介護度 | 平成 年 月 日 | |
| | 住所 | | | | TEL 緊急連絡先 | |
| | (ふりがな) 氏名 | 生年月日 | 明.大.昭.平 年 月 日 | 職業 | | |
| | 傷病名 | | | | | |
| | 事業者の名称等 | 名称 | 所在地 | TEL () | | |
| | | 名称 | 所在地 | TEL () | | |
| | | 名称 | 所在地 | TEL () | | |
| 人身傷害保険の使用 | 名称 1. 有 () 担当者名: () 2. 無 | | | | | |
| 事故発生日 | | 平成 年 月 日 | 発生場所 | | | |
| 加害者 | 住所 | | | | TEL 緊急連絡先 | |
| | (ふりがな) 氏名 | 生年月日 | 明.大.昭.平 年 月 日 | 職業 | | |
| | 使用者住所 | | | | TEL | |
| | 使用者氏名 | 生年月日 | 明.大.昭.平 年 月 日 | 職業 | | |
| | 保有者住所 | | | 氏名 | | |
| | 自動車登録番号 | | | 車台番号 | | |
| | 自賠責保険(共済) | 名称 | 所在地 | 証明書 番号 | | |
| | 任意保険(共済) | 名称 | 所在地 | 証券 番号 | | |
| 損害賠償に関する請求・支払方法 | 1. 自賠責保険 2. 任意一括 3. 個人賠償責任保険 4. 自転車総合保険 5. その他() | | | | | |
| 上記のとおり届出します。 平成 年 月 日 長 様 住所 第1号被保険者 氏名 | | | | | | |



注 1 この届は 介護保険法施行規則第33条の2により被保険者が被害を受けた場合に提出してください。
 また、できるだけ詳細に記入してください。
 2 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。