

第三者行為による被害届

被害者	保険者番号	169***	区分	介護保険		
	被保険者記号番号	100000****	介護保険 給付開始年月日	要介護度 要介護3 平成27年12月15日		
	住所	□□市△△町××番地			TEL 0766-**-****	緊急連絡先
	(ふりがな) 氏名	こうき はなこ 後期 花子	生年月日	明.大.昭.平 4年5月**日	職業 主婦	
	傷病名	腰椎骨折、肋骨骨折、左足関節脱臼、多発骨折				
	事業者の名称等	名称	(株)〇〇事業所	所在地	TEL 076(422)**** □□市××町一丁目×番地	
		名称	××デイサービス	所在地	TEL 076(441)**** □□市〇〇町□□-〇	
名称		ホームヘルパー□□	所在地	TEL 076(432)**** □□市△△町××		
人身傷害保険の使用	名称 1. 有 () 担当者名: () <input type="radio"/> 2. 無 <input checked="" type="radio"/>					
事故発生日	平成27年5月29日		発生場所	□□市△△町〇〇番地		
加害者	住所	××市〇〇町〇-〇			TEL 076-431-****	緊急連絡先 090-****-****
	(ふりがな) 氏名	こくほ たろう 国保 太郎	生年月日	明.大.昭.平 51年6月**日	職業 自営業	
	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	××市〇〇町〇-〇		氏名	国保 太郎	
	自動車登録番号	×× 301 せ 7263		車台番号	*****	
	自賠責保険(共済)	名称	(株)〇〇後期損害保険	所在地	××市〇×番地	
	任意保険(共済)	名称			証明書 番号	KOU*****-**
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 28年 1月 22日						
□□市長 様						
			住所	□□市△△町××番地		
			第1号被保険者			
			氏名	後期 花子		
						

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。