

第三者行為による被害届(介護保険)

(あて先)一宮市長

(届出者) 住所

氏名



次のとおりお届けします。

要介護区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		保険給付開始日	年 月 日				
	事故日前の要介護度							
	非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5							
被害者名 (被保険者名)	被保険者番号	〒 -		職業				
	住所	〒 -						
	フリガナ			電話	()			
	氏名							
	生年月日	年 月 日	性別	男・女				
事故発生日	年 月 日 午(前・後) 時 分頃	事故発生場所	〒 -					
事故原因と状況								
第三者(加害者)に関する事項	加害者(運転者)	氏名			生年月日	年 月 日		
		住所	〒 -					
		職業			電話	()		
	保有者(契約者)	氏名			電話	()		
		住所	〒 -					
		加害者との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()					
	自賠責保険	有・無	保険会社			証明書番号		
	任意保険	有・無	保険会社			支店名	課名	担当者名
			証券番号			電話	()	
		無						
介護サービス利用状況				医療保険求償等利用状況の有無				
事業所名		利用開始(領収)日		保険の種類	国民健康保険		有・無	
		年 月 日			後期高齢者医療		有・無	
		年 月 日			条例による福祉医療		有・無	
住宅改修 ()		年 月 日			社会保険		有・無	
福祉用具の購入()		年 月 日			診療開始日	年 月 日		

(注意) この申請書に次の書類を添付して提出してください。

- 1 事故発生状況報告書
- 2 交通事故証明書
- 3 念書(兼同意書)【被害者】
- 4 誓約書【加害者】