

第三者行為による被害届(介護)

被 保 険 者 (受 給 者)	保険者番号		被保険者番号			
	公費負担者番号		公費受給者番号			
	初めて要介護認定等認定を受けた日			年 月 日		
	氏名	フリガナ 性別 男・女 明・大・昭 年 月 日生 歳				
住所	〒 (電話) - -					
第 三 者	氏名	フリガナ 明 大 年 月 日生 男・女 歳		勤務先	(電話) - -	
	住所	〒 (電話) - -				
	自 賠 責	有・無	保険		証明書番号	
		契約者 氏名			住所	
	任 意	有・無	保険		証券番号	担当者名
		所有者 氏名			住所	
	車 検 証	所有者 氏名			住所	
使用者 氏名				住所		
	車両番号		車台番号			
事 故 概 要	届出 署	日時	年 月 日		午前 午後 時 分頃	
	場所					
	事故 状況					
介 護 サ ー ビ ス 利 用	介護給付開始日			年 月 日		
	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	
	住宅改修			領 収 日	年 月 日	
	福祉用具購入			領 収 日	年 月 日	
その他	その他のサービス			領 収 日	年 月 日	
上記のとおり届けます 令和 年 月 日 住所 氏名 (市・町・村) 長 殿 (電話) - - (印)						

- (注) 1. この届は、介護保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
 2. 事故状況は、できるだけ詳細に記入してください。
 3. 後日調査の必要上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。