

第三者行為(交通事故等)による傷病届

被保険者証記号番号	
-----------	--

区 分 1 交通事故 3 ひき逃げ
 2 けんか 4 その他

介護保険受給者に関する事項				第三者に関する事項					
事故の概要	受給者氏名	年 月 日生 歳			相手方	住 所	(電 話)		
	発生年月日	年 月 日				氏 名	年 月 日生 歳		
	時 刻	午前・午後 時 分ごろ				勤務先	(電話)	保有者との関係	
	発生場所					所在地(住所)			
(具体的原因) 別添報告書のとおり				使用者(親権者)	名称(氏名)	(電話)			
					代表者名				
					保険会社または農協名	火災海上保険 農業協同組合			
					証明書番号				
給付費関係	サービス事業者名	事業所	(年 月 日)		自賠責保険(強制)	契約者	住 所		
		事業所	(年 月 日)			氏 名			
		事業所	(年 月 日)			保有者	住 所		
	介護保険給付開始日	年 月 日から		氏 名			契約者との関係		
損害賠償状況	自賠責保険への請求方法 (県外の場合請求先記入要す)			1 被害者	自動車	種 別	府県別		
				2 加害者		登録番号			
				3 事業所		車両番号			
						保険会社、農協または共済名	火災海上保険 農業協同組合 共済組合		
				証券番号					
				契約者	住 所				
				氏 名					
示談	1 未定 2 交渉中 3 不成立 4 成立 (年 月 日)			(任意)	保険会社、農協または共済の担当者名				
	内 容				(電話)				
上記のとおり届けます。				住 所					
				年 月 日					
坂出市長 殿				氏 名	印				
				(電 話)					

- (注) 添付書類 ① 示談が成立している場合は示談書の写 ④ 誓約書
 ② 警察官署の発行する事故証明書の写 ⑤ 念 書 (兼同意書)
 ③ 事故発生状況報告書