

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届

平成 年 月 日

殿

世帯主 住 所
氏 名
電 話

次のとおりお届けします。

保険者番号				被保険者番号			
はじめて要介護認定等を受けた日				平成 年 月 日			
被保険者	フリガナ			生年月日	明 大 年 月 日 (才)		
	氏 名			性別	男・女	職業	
事故の内容	発 生 日 時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	発 生 場 所						
	事故原因と状況						
	警 察 署 へ の 届	届 済 ・ 未 届 (いづれか○印)		届出所轄署		警察署	
	心 身 の 状 況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()					
被保険者の人身傷害補償保険について		有 ・ 無	損 保 名 [会社] サービスセンター 担当者名 [] 電話番号 []				

第三者 (相手者) 関係	相手者	住 所									
		フリガナ				性別	男・女	年令	才	職業	
		氏 名									
	保有者との関係		本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ()								
	保有者 (所有者・使用主)	住 所 (所在地)	電話								
		名 称									
		代 表 者									
		契約者との関係	本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ()								

第三者の自賠責 共済 関係	自賠責 共済 契約者	保険会社(又は農協)		共済 証明書番号				
		住 所	電話					
			フリガナ 氏 名		共済 期 間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	
		相手者の自動車		車種		登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台 番号
	任意保険 (対人) の有無	有・ 無	契約保険 会 社	保険会社(相互) サービスセンター				
			電話番号 ()		担当者			
証券番号			第 号					

		介 護 給 付 開 始 日		平成 年 月 日	
介護サ ービス 利用	事業 所名			利 用 開 始 日	平成 年 月 日
				利 用 開 始 日	平成 年 月 日
				利 用 開 始 日	平成 年 月 日
				利 用 開 始 日	平成 年 月 日
				利 用 開 始 日	平成 年 月 日
	住宅改修		有 ・ 無	領 収 日	平成 年 月 日
	福祉用具購入		有 ・ 無	領 収 日	平成 年 月 日
	そ の 他 (その他のサービス)		有 ・ 無	領 収 日	平成 年 月 日
示 談	示談が成立した(平成 年 月 日) ・ 交 渉 中 ・ 示談はしない 示談をする予定(月ごろ) ・ 裁判の見込み				
損害賠償金を 受領した場合		名 目	金額又は品目	受領年月日	

注 1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1 部
- 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1 部
- 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1 部
- 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1 部
- 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1 部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1 部

2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連 絡 先	課 係 担当者 ()
	広域連合 支部 電 話 ()

