

第三者行為による被害届 (介護保険)

長久手市長 殿

(届出者) 住所氏名 印

次のとおりお届けします。

事故発生日		年	月	日	事故発生場所								
事故原因と状況													
被害者名 (被保険者名)		被保険者証番号				職 業							
		住 所		(〒 -)									
		フリガナ				電 話		()					
		氏 名											
		生年月日		(明・大・昭) 年 月 日		性別		男 女					
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者		氏 名				生 年 月 日		(明・大・昭・平) 年 月 日				
			住 所		(〒 -)								
			職 業				電 話		()				
	保 有 者		氏 名				生 年 月 日		(明・大・昭・平) 年 月 日				
			住 所		(〒 -)								
			職 業				電 話		()				
	運転者との関係		本人・親族 (続柄) ・事業主・その他 ()										
	契 約 者		氏 名				生 年 月 日		(明・大・昭・平) 年 月 日				
			住 所		(〒 -)								
			職 業				電 話		()				
	運転者との関係		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 (対 人)		有	保険会社				支 店 名		課 名		担 当 者 名	
			無	証券番号				電 話 番 号		()			
	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													
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 (受領) 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				条例等による福祉医療		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下さい。
1. 委任状 2. 事故発生状況報告書 3. 事故証明書 4. 念書等