

第三者行為による被害届(介護保険)

豊田市長

様

(届出者) 住所
氏名

㊤

次のとおりお届けします。

事故発生日		年 月 日 午(前・後) 時 分	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	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	保 険 会 社			証 明 書 番 号		
無								
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 後期高齢者医療 条例等による福祉医療		有・無 有・無 有・無	
		年 月 日						
		年 月 日						
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

記載例

XX年XX月XX日

第三者行為による被害届(介護保険)

豊田市長

様

(届出者)

住所

豊田市〇〇町△△番地

氏名

被害 太郎



次のとおりお届けします。

事故発生日	XX年XX月XX日 午(前・ 後)XX時XX分	事故発生場所	豊田市〇〇町XX番地			
事故原因と状況	信号のない交差点において、出会い頭に衝突した。					
被害者名 (被保険者名)	被保険者証番号	XXXXXXXXXX	職業	無職		
	住所	(〒XXX-XXXX) 豊田市〇〇町△△番地				
	フリガナ	ヒガイ タロウ	電話	XXXX(XX)XXXX		
	氏名	被害 太郎				
	生年月日	XX年XX月XX日	性別	男	女	
第三者に 関する 事項	運転者	氏名	加害 次郎	生年月日	(明・大・ 昭 ・平) XX年XX月XX日	
		住所	(〒XXX-XXXX) 豊田市〇〇町△△番地			
		職業	会社員	電話	XXXX(XX)XXXX	
	保有者	氏名	同上	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	
		住所	(〒 -)			
		職業		電話	()	
	契約者	運転者との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
		氏名	同上	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	
		住所	(〒 -)			
		職業		電話	()	
	自賠責 保険	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険会社	三角損害保険	証明書 番号	XXXXXXXXXX
		任意保険 (対人)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	保険会社	日の出損害保険	支店名
<input type="checkbox"/> 無	証券番号		XXXXXXXXXX	〇〇サービス センター		損保 一夫
		電話番号	XXXX(XX)XXXX			
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	XX年XX月XX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 後期高齢者医療 条例等による福祉医療	有・無 有 ・無 有・無
特別養護老人ホーム 〇〇		XX年XX月XX日				
		年 月 日				
住宅改修 (手すり)		XX年XX月XX日		社会保険	有・無	
福祉用具の購入 ()		年 月 日		診療開始日	XX年XX月XX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