

第三者行為による傷病届け(介護保険)

被 保 険 者 (被 害 者)	被保険者番号		保険者名		稲城市
	フリガナ 氏名		生年月日		明治 大正 昭和 年 月 日
	介護区分		認定有効期間	平成 年 月 日 ~	平成 年 月 日

第 三 者 (加 害 者)	氏名 (又は法人名)	
	住所 (又は所在地)	
	連絡先	

事故発生日時	年 月 日 時 分頃	事故の場所	
--------	------------	-------	--

第 三 者 (加 害 者) の 保 険 情 報	自賠責保険	保険会社名			
		フリガナ 契約者氏名			
		証明書番号		登録番号又は 車両番号	
	任意保険	保険会社名			
		担当者名		連絡先	

治 療 に 関 す る こ と	診療機関名		診療日	年 月 日
	傷病名		入院の有無	・有 (日間) ・無
	診療機関名		診療日	年 月 日
	傷病名		入院の有無	・有 (日間) ・無
	診療機関名		診療日	年 月 日
	傷病名		入院の有無	・有 (日間) ・無

損害賠償に関 する交渉経過	
------------------	--

介護保険法施行規則第33条の2の規定により、上記のとおり届け出ます。

稲城市長 殿 平成 年 月 日

氏名 _____ 印

被保険者
との関係 _____ 電話番号 _____ 住所 _____

- ・自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を記入して下さい。
- ・損害賠償に関する交渉経過は詳細に記入し(別紙提出も可)、示談が成立した時は示談書の写しを提出して下さい。
- ・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下さい。