

第三者行為による傷病届(介護保険用)

項 目		内 容			
(受診者) 被害者	氏名 / 年齢	ふりがな 氏 名		歳	
	被保険者番号 / 生年月日	被保険者番号		年 月 日	
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
(第三者) 加害者	氏名 / 年齢	ふりがな 氏 名		歳	
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
自賠責保険 (加害者)	保険会社名				
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責番号	
任意保険 (加害者)	保険会社名				
	取扱店所在地 / 電話	〒		TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名		E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	住 所	〒			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無			
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名		TEL ()
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日	
		〒		TEL ()	
	所在地	〒		入院の有無	有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日	
	〒		TEL ()		
所在地	〒		入院の有無	有 / 無	
上記のとおり届け出ます。					
年 月 日					
届出者					
大津市長					
住所					
氏名					
印					
<p>本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。</p> <p>(注)保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。</p> <p>(自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)</p>					

【記入例】

第三者行為による傷病届(介護保険用)

		内 容		
(被害者)	氏名 / 年齢	ふりがな おおつ いちろう 氏名 大津 一郎	〇〇歳	
	被保険者番号 / 生年月日	被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所 / 電話	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇	TEL 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
(加害者)	氏名 / 年齢	ふりがな かいご はなこ 氏名 介護 花子	〇〇歳	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 □□市□□町□□丁目□□番地□□	TEL 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
事故発生	事故発生日時	〇〇年〇〇月〇〇日 午後1時30分頃		
	事故発生場所	△△市△△町△△丁目△△番地△△		
自賠責保険(加害者)	保険会社名	〇〇 保険株式会社		
	保険契約者名	ふりがな かいご はなこ 氏名 介護 花子		
	登録番号	▲▲55は5555		
	車台番号	EX66-6666		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険(加害者)	保険会社名	●●●● 保険株式会社		
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 〇〇 〇〇	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	住 所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●●病院	治療開始日 〇〇年〇〇月〇〇日	
	所在地	〒	TEL ()	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇診療所	治療開始日 〇〇年〇〇月〇〇日	
	所在地	〒	TEL ()	
上記のとおり届け出ます。 〇年 〇月 〇日 届出者 大津市長 住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇 氏名 大津 一郎				

大津

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。
 (注)保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。
 (自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)