

第三者の行為による傷病届

年 月 日

大野城市長 宛

世帯主 住所 _____

氏名 _____ 印

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		年 月 日	
被保険者	フリガナ	生年月日	明 大 年 月 日 (才) 昭 平
	氏 名	性別	男・女 職業
事故の内容	発 生 日 時	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	保険会社(又は農協)		共済証明書番号 保険			
	自賠責 共済 契約 者	住所	電話			
		フリガナ 氏名	共済期間		自 年 月 日	至 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		年 月 日	
介護サービス 利用	事業所名	利用開始日		年 月 日	
		利用開始日		年 月 日	
		利用開始日		年 月 日	
		利用開始日		年 月 日	
		利用開始日		年 月 日	
住宅改修		有・無	領収日	年 月 日	
福祉用具購入		有・無	領収日	年 月 日	
その他 (その他のサービス)		有・無	領収日	年 月 日	
示談	示談が成立した(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	大野城市役所 長寿支援課 介護サービス担当	担当者 ()
		電話 (092-580-1860)