

(参考様式5)

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者 番号		被保険者名		年 月 日生	世帯主との続柄	
			生年月日				
加害者	住所		氏 名		職 業	電話	
加害者 の使用者	住所		氏 名		職 業	電話	
負傷の日時		午前 年 月 日 午後 時 分頃					
負傷の場所							
負傷の原因 又は状況							
疾病又は 負傷の程度					治癒まで の見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円
		保険による診療	年 月 日からしている、していない				
診療を受けた保険医療機関名		当初				転移後	
自動車 事故の 場合の 加害 自動車	自賠責保険 契約会社名	保険株式会社 共済組合			証明書番号	第	号
	契約者住所				契約者氏名		
	所有者住所				所有者氏名		
	登録番号又 は車輛番号				車台番号		
	任意保険	有 (保険株式会社 ・ 共済組合) ・ 無					
損害賠償交渉の経過							
<p>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ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 氏名</p> <p>保険者長 様</p> <p style="text-align: right;">印</p>							
<p>注 1. 疾病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入願います。</p> <p>2. 損害賠償交渉の経過は、費用負担額および支払者を記入し、示談書写しを添付願います。</p> <p>3. 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願います。</p> <p>4. 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願います。</p>							

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者 番号	○○○○○○○○○	被保険者名 生年月日	国保 太郎 S○年○月○日生	世帯主との続柄 本人	
	加害者	住所	○○市○○町○○番地	氏名	加害 次郎	職業 会社員 電話○○-○○○○
加害者の 使用者	住所	○○市○○町○○番地	氏名	○○○会社	職業 サービス業 電話 〃	
負傷の日時	午前 ○○年 ○月 ○日 午後 6時 30分頃					
負傷の場所	○○市○○町○○番地					
負傷の原因 又は状況	事故発生状況図のとおり、相手車が一時停止をせず進入し衝突した					
疾病又は 負傷の程度	右前腕骨骨折			治癒まで の見込み	入院 分かる範囲でよい日 通院 日 診療費総額 円	
	保険による診療	○○年 ○月 ○日から <u>している</u> ・ していない				
診療を受けた保険医療機関名	当初	○○ 病院			転移後	○○ 整形外科
自動車 事故の 場合の 加害 自動車	自賠責保険 契約会社名	○○○○ 保険株式会社 共済組合		証明書番号	第 1-AB-234567 号	
	契約者住所	○○市○○町○○番地		契約者氏名	加害 次郎	
	所有者住所	〃		所有者氏名	〃	
	登録番号又は 車輜番号	三重 123 あ○○○○		車台番号	AB11C-10101	
	任意保険	<u>有</u> (○○○○ 保険株式会社 ・ 共済組合) ・ 無				
損害賠償交渉の経過	示談交渉中					
<p>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ます。</p> <p>○○年○○月○○日</p> <p>世帯主 住所 ○○市○○町○○番地 氏名 国保 太郎 印</p> <p>保険者長 様</p>						
<p>注 1. 疾病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入願います。</p> <p>2. 損害賠償交渉の経過は、費用負担額および支払者を記入し、示談書写しを添付願います。</p> <p>3. 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願います。</p> <p>4. 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願います。</p>						