**第三者行為による被害届（介護保険用）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者（被保険者） | フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭・平年　　　月　　　日生 |
| 氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 連絡先電話 |  |
| 要介護度 |  | 認定有効期間 | 　　　　年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日 |
| 加害者 | 氏名 | 年　 月　 日生 | 住所 |  | 勤務先 | 電話 |
| 加害者の使用者 | 法人名 |  | 住所 |  | 代表者 | 電話 |
| 負傷の日時 | 　　年　　月　　日 | 午前午後 | 　　時　　分頃 | 発生場所 |  |
| 発病の原因または負傷時の状況 |  |
| 傷病または負傷の程度 |  |
| 介護サービスの利用状況 | サービス種別 | 事業所名 | 利用開始年月日 |
|  |  |  |
| 自動車事故の場合の加害自動車 | 登録番号または車両番号 |  | 車台番号 |  |
| 自賠責保険 | 契約会社名 |  | 証明書番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 担当者 |  | 電話 |  |
| 契約者住所 |  | 契約者氏名 |  |
| 所有者住所 |  | 所有者氏名 |  |
| 任意保険（対人） | 契約会社名 |  | 証明書番号 |  |
| 担当者 |  | 電話 |  |
| 契約者住所 |  | 契約者氏名 |  |
| 所有者住所 |  | 所有者氏名 |  |
| 損害賠償に関する交渉の経過 | 示談成立の有無 | 有　・　無 | 示談日 | 　　　年　　月　　日　成立 |
|  |
| 函館市長　様上記のとおり関係書類を添えて届出します。　　年　　月　　日　　　　住所被保険者　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 注１　発病の原因または負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。　　２　損害賠償に関する交渉の経過は，詳細に，例えば○月○日見舞い品を受け取った，医療費，付添いの費用はどちらで負担する等を記入し，示談が成立した時は示談書（写し）を添付してください。　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書いてください。　　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してください。 |