

第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

被害者	保 険 者 番 号		区 分		介護保険	
	被保険者記号番号		介護保険 給付開始年月日		要介護度 令和 年 月 日	
	住 所					TEL 緊急連絡先
	(ふりがな) 氏 名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日		職業
	傷 病 名					
	事業者の名称等	名 称		所在地		TEL ()
		名 称		所在地		TEL ()
		名 称		所在地		TEL ()
人身傷害保険の使用	名称 1. 有 () 担当者名: () 2. 無					
事故発生年月日		令和 年 月 日		発生場所		
加害者	住 所					TEL 緊急連絡先
	(ふりがな) 氏 名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日		職業
	使用者住所					TEL
	使用者氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日		職業
	保有者住所				氏名	
	自動車登録番号				車台番号	
	自賠責保険(共済)	名称	所在地		証明書 番号	
	任意保険(共済)	名称	所在地		証券 番号	
損害賠償に関する請求・支払方法	1. 自賠責保険 2. 任意一括 3. 個人賠償責任保険 4. 自転車総合保険					
	5. その他()					
上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 長 様 住所 第1号被保険者 氏名						

注 1 この届は 介護保険法施行規則第33条の2により被保険者が被害を受けた場合に提出してください。
また、できるだけ詳細に記入してください。
2 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。