

第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

被害者	保 険 者 番 号	169***		区 分	介護保険	
	被保険者記号番号	1000000****		介護保険 給付開始年月日	要介護度 要介護3 令和2年12月15日	
	住 所	□□市△△町××番地			TEL	0766-**-****
					緊急連絡先	
	(ふりがな) 氏 名	こうき はなこ 後期 花子	生年月日	明.大.昭.平.令 4 年 5 月 ** 日	職業	主婦
	傷 病 名	腰椎骨折、肋骨骨折、左足関節脱臼、多発骨折				
	事業者の名称等	名 称	(株)〇〇事業所	所在地	TEL 076(422)**** □□市××町一丁目×番地	
		名 称	××デイサービス	所在地	TEL 076(441)**** □□市〇〇町□□-〇	
名 称		ホームヘルパー□□	所在地	TEL 076(432)**** □□市△△町××		
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2年5月29日		発生場所	□□市△△町〇〇番地	
加害者	住 所	××市〇〇町〇-〇			TEL	076-431-****
					緊急連絡先	090-****-****
	(ふりがな) 氏 名	こくほ たろう 国保 太郎	生年月日	明.大.昭.平.令 51 年 6 月 ** 日	職業	自営業
	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	××市〇〇町〇-〇		氏名	国保 太郎	
	自動車登録番号	×× 301 せ 7263		車台番号	*****	
	自賠責保険(共済)	名称	(株)〇〇後期損害保険	所在地	××市〇×番地	
任意保険(共済)	名称			証明書 番号	KOU*****-**	
	担当者名()	TEL ()		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 3 年 1 月 22日 □□市 長 様 住所 □□市△△町××番地 第1号被保険者 氏名 後期 花子						

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。