

第三者行為による傷病届(介護)

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

被保険者	種別	1号被保険者・2号被保険者		
	保険者番号	382051	被保険者番号 0000012345	
	氏名	フリガナ カイゴタロウ 介護太郎	大(昭)平(男) 〇〇年△月〇日生 〇〇歳	
住所	〒792-0025 新居浜市 一宮町 〇丁目 〇番 〇号 (電話) 0897-33-〇〇××			
第三者(相手方)	氏名	フリガナ イヨイチロウ 伊予一郎	勤務先 〇〇産業	
	住所	大(昭(平))〇年〇月〇〇日生 〇歳 (電話) 0897-41-〇〇〇〇 〒792-0050 新居浜市 萩生 △△△△番地の〇〇 (電話) 0897-41-××××		
	自賠責	契約者 伊予一郎 住所 新居浜市 萩生 △△△△番地の〇〇	〇〇火災 保険 証明書番号 〇〇〇〇-××××	
	任意	伊予一郎 住所 新居浜市 萩生 △△△△番地の〇〇	(有)無 ××火災 保険 証券番号 △△△-××〇〇	
	車検証	所有者 伊予一郎 住所 新居浜市 萩生 △△△△番地の〇〇		
		使用者 伊予一郎 住所 新居浜市 萩生 △△△△番地の〇〇		
		ナンバープレート 愛媛500あ〇×△〇	車台番号	××〇〇-××××
事故概要	届出署	〇〇〇署	日 時 令和〇〇年〇月〇日 午前(午後) 2時30分頃	
	場所	新居浜市 坂井町 〇丁目 〇番 〇号先路上		
	事故状況	交差点で広路直進中の被害車と左側狭路から進入しようとした相手車が衝突		
診療	病院名	〇〇病院(整形外科)	初診日 令和〇年2月21日 介護給付開始日 令和〇年2月21日	
		△△整形外科	初診日 令和〇年3月10日 介護給付開始日 令和〇年3月10日	
	薬局名	××薬局	初診日 令和〇年2月21日 介護給付開始日 令和〇年2月21日	
上記のとおり届けます (宛先) 新居浜市長 令和〇〇年 5月30日 世帯主 住所 新居浜市一宮町〇丁目〇番〇号 氏名 介護太郎 (印)				

記入例

- *この用紙は、被保険者(被害者)が被害届けする際の中心となる重要な書類ですので、できるだけ空欄のないように記入してください。
- *第三者(相手方)の欄は、保険者(新居浜市)が相手方に介護給付費を請求する際の重要な事項です。正確に記入してください。
被保険者(被害者)の連絡先及び相手方(加害者)の連絡先(勤務先、自宅、携帯等)の欄は、必ず記入してください。
- *自賠責保険・任意保険の有無は大変重要です。相手方に確認して正確に記入してください。
※被害者が、自らの任意保険(人身傷害等)を使用される場合は、「事故概要」の事故状況欄に保険会社名及び担当者名、連絡先を記載してください。また保険等を使用せず、自費で支払った場合は、「自費支払」と記載してください。
- *示談する場合は事前に新居浜市介護福祉課にご相談ください。介護保険で治療が受けられなくなることもあります。
- *事故状況は過失を検討する上で重要です。被害者(車)と相手者の動きが判るよう簡単に記入してください。
- *最初に診療を受けた病院(科名)、転医後の病院名(科名)と介護保険による治療を開始した年月日を必ず記入してください。
- *その他添付書類
 - 事故証明書
 - 事故発生状況報告書
 - 念書
 - 誓約書
 - その他事故に関するもの
- ※ H28.1月より、上記に加え
 - 被害者の個人番号がわかるもの(個人番号カード、個人番号通知カード等)
 - 来られる方の本人確認できるもの(運転免許証等顔写真付きで官公署が発行したもの)が必要です。(別世帯の方がこられる際は委任状が必要です)

治療が終わった時は、新居浜市役所介護福祉課

[(0897) 65-1241] まで必ず連絡してください。