

第三者行為による被害届 (介護用)

被 害 者	被 害 者		保 険 者 番 号		氏名	明・大・昭・平 年 月 日		
			被 保 険 者 番 号					
	負 傷 の 日 時 及 び 場 所		日 時	年 月 日		時 分 頃		
			場 所					
	発病の原因又は 負傷時の状況							
	介 護 の 程 度		要 介 護 度		年 月 日からしている。 していない。		介護給付費総額 円	
			保 険 給 付					
	給付を受けた 介護事業所		介護支援事業者		介護サービス事業者			
			介護サービス事業者		介護サービス事業者			
			介護サービス事業者		介護サービス事業者			
人身傷害補償保険（特約）の加入		有 ・ 無		保険会社名		担当者名		
住所		氏名		明・大・昭・平 年 月 日		職 業 電 話		
保有者の住所		氏名		電 話				
相 手 方	自 賠 責		会社（農協）名		電 話			
			証 明 書 番 号		担 当 者 氏 名			
	自 動 車 保 険		契 約 者 住 所					
			契 約 者 氏 名		連 絡 先			
			所 有 者 住 所					
			所 有 者 氏 名					
	任 意		会社（農協）名		電 話			
			証 券 番 号		担 当 者 氏 名			
示 談		済 ・ 未 ・ 交 渉 中						
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>坂井地区広域連合長 様</p> <p style="text-align: right;">介護保険受給者 住 所 氏 名 印 電 話</p>								

注 発病の原因又は負傷時の状況は、できるだけ詳細に記入してください。