|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 | |  | 自動車  自転車  飼い犬  傷　害 | 資格区分 | | 介護保険 | | 住民番号 | |  |
| 負担割合 | | （　　　　）割 | | | | |
| **第三者の行為による傷病届** | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 | |  | | | | 保険者番号 | | ４３２０５４ | |
| ふりがな  氏　　　名 | |  | | | | 生 年 月 日 | | 明治・大正・昭和  　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 住　所 | |  | | | | 連絡先 | |  | |
| 介護区分 | |  | | 認定有効期間 | | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　日 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第　三　者 | 住　　　所 |  | |
| 氏　　　名 | TEL | |
| 勤 務 先 | 所在地 |  |
| 名　称 | TEL |

|  |  |
| --- | --- |
| 事 故 発 生 の  年　月　日 | 午前  　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　午後　　　　時　　　　分頃 |
| 事 故 発 生 の  場　　　所 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 示　談　状　況 | 示談の有無 | 見舞金、自賠責保険から仮渡金、治療費など金品をもらった場合や、話し合いをした場合はその状況を記入してください。  ※示談したときは示談書の写しを添付してください。 |
| 有 ・ 無 |
|  |  |

　　　※　提出するときは次の書類を添付してください

　　　　　1　交通事故証明書 （人身事故）　・・・※国民健康保険及び後期高齢者医療保険で提出済みの場合は、

省略できます。傷害・飼い犬による咬傷の場合不要です

　　　　　2　事故発生状況報告書　・・・・・・・・・・※国民健康保険及び後期高齢者医療保険で提出済みの場合は、

写しで構いません。

　　　　　3　念書 （署名は被保険者です）

　　　　　4　誓約書 （署名は第三者です）

　　　　(届出上の注意)

　　１　この届出は、第三者行為 (交通事故等） で負傷し、それが原因となって介護保険サービスを利用する場合に

提出してください。

　　２　介護保険サービス利用したときは、その費用の限度において、委託した国民健康保険団体連合会が加害者や

自賠責・任意保険に対して損害賠償請求権を取得します。

　特記事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　三　　　者 | 自 動 車 損 害 賠 償 保 険 （ 自 賠 責 ） | | | | | | | | | |
| 保険会社名 |  | | 保　険  期　間 | | | 年　　　　　月　　　　　日　　から  　年　　　　　月　　　　　日　　まで | | | |
| 保険契約者 | 氏名 |  | 所有者との関係 | | | | | |  |
| 運転者との関係 | | | | | |  |
| 住所 |  | | | | 電 話  番 号 | |  | |
| 自 動 車 の  所有者 | 氏名 |  | | 住所 |  | | | | |
| 車 両 番 号 |  | | | 車 台 番 号 | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　三　　　者 | 任 意 保 険 の 有 無 | | | | | | | | 有　・　無 |
| 保険会社名 |  | | | 任意保険  の使用 | | | 可　・　不可　・　不明 | |
| 担当者氏名 |  | | | | | 電 話  番 号 |  | |
| 証券番号 |  | | | | | | | |
| 保険契約者 | 氏名 |  | 住所 | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 医療保険に関すること | 医療保険診療  開始日 | 平成　年　月　日 | 医療機関名 |  |
| 医療保険者への  届出の有無 | 届出済　・　未届出 | 届出年月日 | 平成　年　月　日 |
| 介護サービスの利用状況 | サービスの種類 |  | サービス利用  開始年月日 | 平成　年　月　日 |
| 事業所名 |  | | |

　　上記のとおり届けます。　　　平成　　　年　　　月　　　日

　　住　所

市 町 村 受 付

　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　電　話

水俣市長　様