

## 第三者行為（介護保険）による被害届

被害者	介護保険証の 保険者番号		介護保険証の 被保険者番号		要介護(支援) 認定区分	
	住所				電話	
	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日生	
加害者	住所				電話	
	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日生	
求償先	住所				電話	
	会社名等			支店名	担当者	
	保険証券番号			受付番号		
	保険契約者名					
負傷等の日時 及び場所	日場				午前 午後	時 分頃
	場所					
負傷等の原因及び その時の状況	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
最初に介護サービスを受けた事業所名等				保険給付 開始日		
損害賠償に関する 交渉の経過	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
介護保険法第21条第1項の規定により上記のとおり、届出します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">                     住所                      氏名                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     印                 </div> 府中市長						

- 注意
- 1 負傷等の原因及び負傷等時の状況は、できるだけ詳細に記入してください。
  - 2 損害賠償に関する交渉の経過は、医療費交渉時の経過を詳細に記入し、又完了している場合は過失割合も記入してください。  
 なお、示談が成立したときは示談書（写）を提出してください。
  - 3 後日調査の必要上、関係者の電話番号は必ず記入してください。