

## 介護保険第三者の行為による給付事由届出書

(宛先) 静岡市長  
次のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

届出者 住所

氏名

被害者事項	介護保険証の記号番号		保険者番号			
			住所			
	被保険者(被害者)氏名		電話番号			
	明・大・昭 年 月 日生		連絡先			
加害者(相手側)及び交通事故に関する事項	住所				氏名	
					電話番号	
	事故発生の日時		年 月 日		午前・午後 時 分頃	
	事故発生場所					
	事故原因及び状況			事故発生時の略図		
	加害者の使用者(加害者が従業中の場合)		住所(所在地) 名称・代表者		電話番号	
保険給付	事業所名		介護開始日		年 月 日	
	給付費負担者		1. 被害者 2. 加害者 3. 使用者 4. 保険会社			
自動車保険に関する事項			自賠責保険		任意保険	
	保険契約者	住所				
		氏名				
	契約保険会社					
	保険契約期間		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
	保険証明書(証券)番号					
自動車の種別		登録番号		車台番号		
任意保険	事故取扱店	担当者		電話		
			事故受付(整理)番号			

(注) 1 医療保険の保険者に提出した「傷病届」の写しを添付する場合には、太枠の欄について記入する必要はありません

2 交通事故の場合は、必ず交通事故証明書の原本又は写しを添付してください。