

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。

年 月 日

届出者 住所

氏名 ⑩

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	明・大・昭 年 月 日生		電話番号				
				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)				電 話 番 号	
			名称・代表者					
保険給付	事 業 所 名			介護開始日	平成 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。