第三者の行為による被害届

被　害　者	被保険者番号		被保険者名 （被害者名）	年　月　日生	連絡先	
加　害　者	住所		氏名	年　月　日生	職業	☎
加害者の使用者	住所		氏名	年　月　日生	職業	☎
負傷の日時及び場所	年　月　日　午前／午後　時　分頃		場所			
傷病又は負傷の程度		医療保険の状況	国保　・　後期高齢者医療　・　社保（　　）			
	第三者行為による傷病届について、医療保険者への届出の有無　（有：提出先【　　】・無）					
治療の状況	診療機関名（当初）		診療機関名（転院後）			
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約会社名		証明証番号			
	契約者住所		契約者氏名			
	所有者住所		所有者氏名			
	登録番号又は車両番号		車体番号			
	任意保険（対人）有無	有　（　保険株式（相互）会社／農業協同組合　）　・　無 担当者名				
被害者加入の保険会社関与の有無	保険会社名　　担当（TEL）					
損害賠償に関する交渉の経過	担当（TEL）					

介護保険法施行規則第33条の2の規定により、上記のとおりお届けします。

令和　　年　　月　　日

届出者　住所

氏名

TEL

天草市長　　様

注　1．発病の原因又は負傷の状況は、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詳細に。例えば○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
　　3．自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を書いてください。
　　4．後日調査の必要上、関係者の電話番強盗はできるだけ記入してください。