

## 第三者行為による傷病届（介護）【記入例】

令和元年5月10日

倉敷市長様

世帯主 住所 倉敷市西中新田〇-△

氏名 岡山太郎

下記のとおりお届けします。

①	保険者番号	332023	被保険者番号	0123456789		
②	傷病者	氏名	岡山 桃子	届出者との続柄	住所	倉敷市西中新田〇-△
		(明) 昭平 10年7月14日生	母	TEL ( 086 ) 426 - XXXX		
③	第三者	相手方(運転者)氏名	西大寺 花子	職業	住所	岡山市西大寺上〇-△
				会社員	TEL ( 086 ) 944 - XXXX	
		雇用主(車の所有者)名称及び氏名	国保運送(株) 国保 大介	所在地又は住所	岡山市桑田町〇〇-△	TEL ( 086 ) 223 - XXXX
④	負傷の状況	負傷した日時	平 令 31年4月15日 午前 9時30分頃	負傷した場所	倉敷市西中新田〇-△先路上	
		負傷の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他( )	負傷の程度(傷病名)	脳挫傷、左大腿骨骨折 等	
⑤	介護サービスの利用状況	事業所名	〇〇訪問看護ステーション	利用開始日	平 令 元年 5月 1日	
				利用開始日	平・令 年 月 日	
				利用開始日	平・令 年 月 日	
	住宅改修	階段の手すりの取付け	領収日	平 令 31年4月30日		
	福祉用具購入	入浴補助用イスの購入	領収日	平 令 31年4月30日		
	その他のサービス		領収日	平・令 年 月 日		
⑥	第三者の自動車保険等	自賠責保険(共済)契約会社名	△△火災海上保険(株)	証明書番号	第 ABC - 123456789 号	
		契約者氏名	国保運送(株) 国保 大介	契約者住所	岡山市桑田町〇〇-△	TEL ( 086 ) 223 - XXXX
	任意保険(対人)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	会社名	〇〇損害保険(株) 岡山サービスセンター	担当者名	損保三郎 TEL ( 086 ) 225 - XXXX
	交通事故以外で負傷した場合の賠償責任保険の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険の名称		証券番号	
		会社名		担当者名	TEL ( ) -	
⑦	示談状況	<input type="checkbox"/> 示談成立(平・令 年 月 日) ※示談書の写しを添付してください <input checked="" type="checkbox"/> 成立していない				

※ 交通事故の場合は交通事故証明書を添付してください。

