

第三者行為による傷病届（介護）

倉敷市長 様

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

下記のとおりお届けします。

保険者番号		332023		被保険者番号			
傷病者	氏名 (明・大・昭・平 年 月 日生)		届出者との続柄	住所			
				TEL () -			
第三者	相手方(運転者)氏名		職業	住所			
				TEL () -			
負傷の状況	雇用主(車の保有者)名称及び氏名			所在地又は住所			
				TEL () -			
負傷の状況	負傷した日時 平・令 年 月 日 午前 時 分頃 午後			負傷した場所			
	負傷の原因 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()			負傷の程度(傷病名)			
介護サービスの利用状況	事業所名			利用開始日	平・令 年 月 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			領収日	平・令 年 月 日		
	福祉用具購入			領収日	平・令 年 月 日		
	その他のサービス			領収日	平・令 年 月 日		
第三者の自動車保険等	自賠償保険(共済)契約会社名			証明書番号 第 号			
	契約者氏名			契約者住所			
				TEL () -			
	任意保険(対人)の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
会社名		担当者名		TEL () -			
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 () -			
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 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。

