

## 第三者の行為による傷病届(介護保険用)

被 保 険 者	被保険者番号	0001234567		保険者番号	431007	
	氏 名	フリガナ	クマモト ハナコ		生 年 月 日	昭和○年 ○月 ○日
			熊本 花子			
	住所	熊本市○区○○ ○丁目○番○号 TEL (○○○) ×××-××××				
勤 務 先 <small>(無い場合は 記入不要)</small>	所在地	※無い場合は記入不要です				
	名称	※無い場合は記入不要です TEL ( ) -				

事故発生の 年 月 日	令和○年 ○月 ○日		午前 午後	○時 ○分頃	
事故発生 場所	熊本市○区○○ ○丁目○番○号				
負傷の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他( )		負傷時の 状況	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中	

介 護 サ ー ビ ス の 利 用 状 況	事 業 所 名	○○訪問看護ステーション		利用開始日	令和○年 ○月 ○日	
				利用開始日	年 月 日	
				利用開始日	年 月 日	
				利用開始日	年 月 日	
				利用開始日	年 月 日	
	住宅改修	有 ・ 無		領収日	年 月 日	
	福祉用具購入	有 ・ 無		領収日	令和○年 ○月 ○日	
	その他サービス	有 ・ 無		領収日	年 月 日	

示 談 状 況	示談の有無	見舞金、自賠責保険から仮渡金、治療費など金品をもらった場合や、話し合いをした場合はその状況を記入してください。 示談したときは示談書の写しを添付してください。 ※
	有 ・ 無	

※ 提出するときは次の書類を添付してください

- 1 交通事故証明書 (人身事故) (傷害・飼い犬による咬傷の場合不要です)
- 2 事故発生状況報告書
- 3 念書 (署名は被保険者です)
- 4 誓約書 (署名は第三者です)

(届出上の注意)

- 1 この届出は、第三者行為(交通事故等)で負傷し、介護保険を使用して介護サービスを受ける場合に提出してください。
- 2 介護保険を使用して介護サービスを受けたときは、その費用の限度において、熊本市が加害者や自賠責・任意保険に対して損害賠償請求権を取得します。

(特記事項)

--

第三者	住所	熊本市〇区〇〇 〇丁目〇番〇号		
	氏名	九州 太郎 TEL (〇〇〇)×××-××××		
	勤務先	所在地	熊本市〇区〇〇 〇丁目〇番〇号	
		名称	〇〇株式会社 TEL (〇〇〇)×××-××××	

第三者	自動車損害賠償保険（自賠責）				
	保険会社名	〇〇〇自動車共済	保険期間	令和〇年 〇月 〇日 から 令和〇年 〇月 〇日 まで	
	証明書番号	第 ABC - 123456789 号			
	保険契約者	氏名	九州 太郎	所有者との関係	本人
				運転者との関係	本人
		住所	熊本市〇区〇〇 〇丁目〇番〇号	電話番号	(〇〇〇)×××-××××
自動車の所有者	氏名	九州 太郎	住所	熊本市〇区〇〇 〇丁目〇番〇号	
車両番号	熊本00あ001		車台番号		

第三者	任意保険の有無			有・無
	保険会社名	△△火災海上保険	任意保険の使用	<input checked="" type="radio"/> 可・不可・不明
	担当者氏名	手取 一郎	電話番号	(〇〇〇)×××-××××
	証券番号			
保険契約者	氏名	九州 太郎	住所	熊本市〇区〇〇 〇丁目〇番〇号

上記のとおり届けます。 令和〇年 〇月 〇日

住所 熊本市〇区〇〇 〇丁目〇番〇号

氏名 熊本 花子

被保険者との関係（本人） ※署名又は記名・押印

電話 (〇〇〇)×××-××××

受付印

熊本市長様

### 記入例

第三者の行為による傷病届(介護保険用)				
被 保 険 者	被保険者番号	0001234567	保険者番号	431007
	フリガナ	クマモト ハナコ		
	氏名	熊本 花子	生年月日	昭和○年○月○日
	住所	熊本市○区○○○丁目○番○号 TEL (○○○) ×××-××××		
勤務先 (無い場合は記入不要)	所在地	※無い場合は記入不要です		
	名称	※無い場合は記入不要です TEL ( ) -		
事故の年月・場所を記入してください。	事故発生の年月日	令和○年○月○日	午前 午後	○時○分頃
	事故発生場所	熊本市○区○○○丁目○番○号		
	負傷の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他( )	負傷時の状況	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中
事故後、介護保険を使って利用した介護サービスの利用状況を記入してください。	事業所名	○○訪問看護ステーション	利用開始日	令和○年○月○日
			利用開始日	年 月 日
			利用開始日	年 月 日
			利用開始日	年 月 日
			利用開始日	年 月 日
介護サービスの利用状況	住宅改修	有・無	領収日	年 月 日
	福祉用具購入	有・無	領収日	令和○年○月○日
	その他サービス	有・無	領収日	年 月 日
示談状況	示談の有無	見舞金、自賠責保険から仮渡金、治療費など金品をもらった場合や、話し合いをした場合はその状況を記入してください。 ※示談したときは示談書の写しを添付してください。		
	有・無			
※提出するときは次の書類を添付してください				
	1	交通事故証明書(人身事故)	(傷害・飼いやによる咬傷の場合不要です)	
	2	事故発生状況報告書		
	3	念書(署名は被保険者です)		
	4	誓約書(署名は第三者です)		
(届出上の注意)				
1 この届出は、第三者行為(交通事故等)で負傷し、介護保険を使用して介護サービスを受ける場合に提出してください。				
2 介護保険を使用して介護サービスを受けたときは、その費用の限度において、熊本市が加害者や自賠責・任意保険に對して損害賠償請求権を取得します。				
(特記事項)				

第 三 者	住所	熊本市○区○○○丁目○番○号			
	氏名	九州 太郎 TEL (○○○)×××-××××			
勤務先	所在地	熊本市○区○○○丁目○番○号			
	名称	○○株式会社 TEL (○○○)×××-××××			
第 三 者	自動車損害賠償保険(自賠責)				
	保険会社名	○○○自動車共済	保険期間	令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで	
	証明書番号	第 ABC - 123456789 号			
	保険契約者	氏名	九州 太郎	所有者との関係	本人
		住所	熊本市○区○○○丁目○番○号	運転者との関係	本人
	自動車の所有者	氏名	九州 太郎	住所	熊本市○区○○○丁目○番○号
車両番号	熊本00あ001		車台番号		
第 三 者	任意保険の有無			有・無	
	保険会社名	△△火災海上保険	任意保険の使用	可・不可・不明	
	担当者氏名	手取 一郎	電話番号	(○○○)×××-××××	
	証券番号				
保険契約者	氏名	九州 太郎	住所	熊本市○区○○○丁目○番○号	
上記のとおり届けます。				令和○年○月○日	
住所				熊本市○区○○○丁目○番○号	
氏名				熊本 花子	
被保険者との関係				(本人) ※署名又は記名・押印	
電話				(○○○)×××-××××	
熊本市長様					

事故の相手方(第三者)を記入してください。

事故の相手方(第三者)が加入している自賠責保険を記入してください。(事故証明書参照)

事故の相手方(第三者)が加入している任意保険を記入してください。(わかる範囲で可)

届出者を記入してください

