

第三者の行為による被害届

被害者	介護保険 被保険者番号		被保険者氏名 (被害者氏名)	年 月 日生	世帯主 との続柄	
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
加害者の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
負傷の日時 及び場所	年 月 日 午前 時 分頃、場所 午後					
発病の原因 又は負傷時 の状況						
疾病又は 負傷の程度			治ゆまで の見込み	入所 通所 給付費総額	日 日 円	
介護給付を受 けた事業所名	当初			移転後		
自動車 事故の 場合の 加害自 動車	自賠責保険 契約会社名	保険株式(相互)会社 農業協同組合		証明書番号		
	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			車台番号		
	任意保険 (対人)の有無	有 (保険株式(相互)会社 農業協同組合) 、 無				
損害賠償に関する 交渉の経過						
年 月 日 被保険者 住所 氏名 羽生市長 様						

- 注 1 発病の原因又は負傷時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、介護給付費等の費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書写を提出してください。
- 3 自動車の轢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号等はできるだけ記入してください。