

第三者行為による傷病届（介護）

年 月 日

岡山市長様

世帯主 住所

氏名

下記のとおりお届けします。

保険者番号	331009		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 () -	
	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 年 月 日 午前 午後 時 分頃			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	年 月 日
				利用開始日	年 月 日
				利用開始日	年 月 日
	住宅改修			領 収 日	年 月 日
	福祉用具購入			領 収 日	年 月 日
	その他のサービス			領 収 日	年 月 日
第三者の自動車保険等	自賠責保険(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(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。

