

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者番号		被保険者名 (被害者名)	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	午前 年 月 日 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
	介護保険による診療			年 月 日からしている、していない		
介護給付を受 けた事業所名	当初			転医後		
自動車 事故の 場合の 加害自 動車	自賠責保険 契約会社名			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 世帯主 住所 氏名 三郷市長 木津 雅晟 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、示談が成立した時は示談書写し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。

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者番号	1234500000	被保険者名 (被害者名)	保 険 花 子 昭和 13 年 1 月 1 日生	世 帯 主 との続柄	本人
加害者	住所	介護市中央区中落合 1-1-1	氏 名	介 護 太 郎 昭和 30 年 12 月 1 日生	職 業	自営業 電話 048-001-0000
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	令和 7 年 1 月 1 日 午前 11 時 30 分頃、場所 介護市中央区 中落合 10-10-10					
発病の原因 又は負傷時 の 状 況	信号機の設置されていない交差点で、一時停止無視の自動車が自車に衝突した ため負傷した。					
疾 病 又 は 負傷の程度	右大腿骨骨折による歩行困難		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	埼玉ケアセンター	転医後		
自動車 事故の 場合の 加害自 動車	自賠責保険 契約会社名	埼玉海上火災 保険株式会社 農業協同組合		証明書番号	01-000001	
	契約者住所	介護市中央区中落合 1-1-1		契約者氏名	介 護 太 郎	
	所有者住所	介護市中央区中落合 1-1-1		所有者氏名	介 護 太 郎	
	登録番号又 は車両番号	埼玉 300 あ 0001		車 台 番 号	A B - 1 2 3 4 5 6	
	任 意 保 険 (対人)の有無	① [埼玉海上火災 保険株式会社 農業協同組合] ・ 無				
損 害 賠 償 に 関 する交渉の経過	対人賠償について、保険会社と交渉中					
令和 7 年 5 月 1 日 世帯主 住所 介護市幸区南 1-1-1 氏名 保 険 花 子 介護市市長 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、詳細に例えば〇月〇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、示談が成立した時は示談書写し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。