

# 第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届

被害者に関する こと	被保険者番号		氏名			
加害者に関する こと	氏 名			左 の 使 用 者 等	続 柄	使用者、その他 ( )
	住 所 (居所)	電 話 ( )			住 所	電 話 ( )
	職 業				氏 名	
	加害者が不明のとき (その理由・状況を詳しく)					
	自 動 車 事 故 の 場 合					
	種 別		自賠責保険	任意保険		
	自家用四輪、二輪 バイク、その他 ( )	保 険 会 社 名				
	登録番号	保 険 証 明 書 番 号				
	車台番号	保 険 契 約 書 住 所 氏 名				
	事 故 の 状 況	発生年月日	年 月 日 時 分頃			
発 生 場 所						
原 因 と そ の 状 況						
被 害 の 状 況	傷病名及び 傷病の程度	初 診 年 月 日				
		介 護 保 険 サ ー ビ ス 利 用	年 月 日から			
		年 月 日まで				
		介 護 保 険 サ ー ビ ス 利 用 見 込 期 間	日 間 月			
診 療 を 受 け て い る 病 院 名	電 話 ( )					
<p>(あて先) 日野市長</p> <p>介護保険法第21条第1項の規定により上記のとおり、届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>世帯主</p> <p>氏名 印</p>						

〔注〕 届出日現在不明のことについては、空白のまま提出し、後でわかり次第、  
電話：０４２（５１４）８５１９ にご連絡ください。  
なお、後日調査の必要上関係者の連絡先（電話番号等）は必ずご記入ください。