

第三者行為による被害届(介護保険用)

被 害 者	被 保 險 者 番 号	0000099999		保 険 の 種 類	介護保険		老 人 受 給 者 番 号		
被 害 者 氏 名				江戸川 花子		昭和10年1月1日生		世帯主との続柄	妻
加 害 者	住 所	江戸川区中央■-■-■		氏 名	葛西 太郎 昭和62年1月1日生		職 業	会社員 電話 03-5662-××××	
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3 年 4 月 1 日 午前 10 時 30 分頃、場所 江戸川区松島■-■-■								
発 病 の 原 因 又 は 負 傷 時 状 況	青信号のため横断歩道を歩いていたら、加害者が運転する自動車が右側から赤信号を無視して走行してきたため、衝突した。								
疾 病 又 は 負 傷 の 程 度	頭蓋骨骨折、肋骨骨折				治 ゆ ま で の 見 込 み	入 院 30日 通 院 60日 診療費総額 500,000円			
	国 後 期 高 齢	保 険 による診療 1		令 和 3 年 4 月 1 日 から し て い る 2 . し て い な い					
診 療 を 受 け た 保 険 医 療 機 関 名	当 初	■■病院（江戸川区船堀■-■-■） 電話番号 03-××××-××××			転 医 後	▲▲病院（江戸川区平井■-■-■） 電話番号 03-××××-××××			
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	第■■■■■■■■号			
	契 約 者 住 所	江戸川区中央■-■-■			契 約 者 氏 名	葛西 太郎			
	所 有 者 住 所	同上			所 有 者 氏 名	同上			
	登 録 番 号 又 は 車 両 番 号	足立■■■■■■■■			車 台 番 号	■■■■■■■■			
	任 意 保 険 (対人)の有無	有 ■■損害 住所 江戸川区小松川■-■-■ 電話 03-××××-××××			保険株式(相互)会社 農業協同組合 . 無 保険証券番号 ■■■■■■ 担当者名 小岩 優子				
損 害 賠 償 に 関 す る 交 渉 の 経 過	まだ治療中で症状が固定していないため、示談交渉は開始していない。								
介護保険法第21条第1項の規定により上記のとおりお届けします。 令和3年10月1日 世帯主 住所 江戸川区江戸川■-■-■ 氏名 江戸川 一郎 江戸川区長 殿									

- 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、医療費、付添い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。