**介護保険第三者行為の届出書（交通事故用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏　名 |  | 被保険者番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 職　業 |  | 電話番号 | (　　　)　 　－ |
| 住　所 | 〒 |

**１　被保険者（被害者）について**

**２　事故について**

|  |  |
| --- | --- |
| 発生日時 | 　　　　　年　　　月　　　日　午前 ・ 午後　　　時　　　分頃 |
| 発生場所 |  |
| 示談について | 成立　・　未成立 | 示談年月日 | 　　　 　年　 　月　 　日 |

**３　相手方（加害者）について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 男女 | 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 | 電話番号 | (　　　)　 　 － |
| 勤務先 | 住　所 | 〒 |
| 名　称 |  | 電話番号 | (　　　)　 　－ |

**４　自賠責保険について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険会社 |  | 証明書番号 |  |
| 保険期間 | 　　　　　年　　　月　　　日 ～ 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 種　類 |  | 登録番号 |  | 車体番号 |  |
| 契約者 | 氏　名 |  | 保有者と契約者の関係 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 | (　　　)　 　－ |
| 保有者 | 氏　名 |  | 運転者と保有者の関係 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 | (　　　)　 　－ |

**５　任意保険について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険会社 |  | 証券番号 |  |
| 担当者 | 氏　名 |  |
| 部署名 |  | 電話番号 | (　　　)　 　－ |
| 保険期間 | 　　　　　年　　　月　　　日 ～ 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 契約者 | 氏　名 |  | 電話番号 | (　　　)　 　－ |
| 住　所 |  |

**６　介護保険サービスについて**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用状況 | 事業者名（サービス種類） | （　　　　　　　　　　） | 利用期間（見　込） | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 事業者名（サービス種類） | （　　　　　　　　　　） | 利用期間（見　込） | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 事業者名（サービス種類） | （　　　　　　　　　　） | 利用期間（見　込） | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 利用者負担について | 本人が負担している　・　相手方（保険会社）が負担している |

**７　医療機関について**

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関名（事故後に受診した医療機関） |  |
| 受　診　日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

　記載のとおりお届けいたします。

　なお、本件事故により受診した医療機関や医療保険組合、介護保険サービス事業者等の関係機関から仙台市が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けること、本件事故に伴い必要な介護保険に関する情報を宮城県国民健康保険団体連合会に提供することに同意します。

|  |
| --- |
| 収　　受 |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

仙台市　　　　　　区長　様

　　　　　住　所

届出者　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　氏　名