記 入 例（被保険者側記入）

第三者行為による介護給付届

介　護　保　険

被保険者の住所	電話（　　）－　－ 昼間に連絡がつく電話番号			被保険者証の番　　号	
被保険者の氏名		性別	男・女	生 年 月 日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
発病又は負傷の年月日	年　月　日	発病又は負傷の場所			
第三者傷害の区分	交通事故・けんか・その他（　　）				
事故発生当時の具体的状況及び被害の程度					
目撃者の住所及び氏名	氏名		住所	TEL	
第三者（加害者）の住所氏名	氏名		住所	TEL	
第三者が勤務している事業所の名称及び所在地	名称		所在地	TEL	
介護を受けた（受けている）病院（施設・事業所）名及び所在地	病院(施設)名		所在地	TEL	
介護給付の有無	有・無	介護給付を受けた（又は見込）期間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日　　日間		
示談の状況	成立した・成立していない・交渉中 （　　月　　日現在）		損害賠償の額	円	内訳 給付費　円 その他　円
自動車損害賠償責任保険関係	加入の有無	有　・　無	契約保険会社名		
			保険証明書番号		
任意保険（対人）関係	加入の有無	有　・　無	契約保険会社名		
			証券番号		

下段の添付書類を確認

第三者の保険内容

上記のとおりお届けします。

年　　月　　日　　書類を提出する日

氏　名　　㊞

市　町　村　長　　様

添付書類

1　示談が成立している時は、示談書の写。

2　損害賠償請求権が、放棄その他の理由で消滅している時はそのことを証するに足る書類。