

介 護 用

(その1)

第三者の行為による傷病届

八千代市長と記入してください。

八千代市長 様

記入した日

●●年●●月●●日

被害者の方の住所・氏名・電話番号を記入してください。

必ず押印してください。

被保険者 住所 八千代市大和田新田●●●-●●●

氏名 八千代 花子 印

電話 ●●●-●●●●-●●●●●

被害者の方の介護保険の被保険者番号、
氏名等を記入してください。

次のとおりお届けし

「交通事故証明書」に記載された発生日時及び発生場所を記入してください。

発生日時=時間については未記入でも可能です。

発生場所=番地以降を省略しても結構です。番地を記載するときは、「交通事故証明書」と同じ番地を記入してください。

被 保 険 者 番 号		0000●●●●●●●●					
被 保 険 者 (被 害 者)	フリガナ	ヤチヨ ハナコ		生年月日	●●年●●月●●日		
	氏名	八千代 花子		性 別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	職 業	●●●
事 故 の 内 容	発 生 日 時	●●年●●月●●日 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 ●●時●●分頃					
	発 生 場 所	●●県●●市●●丁目●●番●●号先路上					
	事 故 原 因 と 状 況	加害者の見落としによる追突					
心 身 の 状 況	警 察 署 へ の 届	<input checked="" type="checkbox"/> 届出済・未届	届出所轄所	●●●警察署			
	心 身 の 状 況	加害者	<input checked="" type="checkbox"/> 正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
被害者		<input checked="" type="checkbox"/> 正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()					

事故原因と状況を詳細に記入してください。

必ず記入してください。

不明の場合は、未記入でも可能です。

第三者 (加害者) 関係	加害 運 転 者	住 所	●●県●●市●●丁目●●番●●号 電話 ●●●-●●●-●●●●						
		フリガ 氏 名	千葉 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	年齢	●● 歳	職業	●●●
		保有者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・従業員・親族・その他 ()						
	保 有 者 使 用 主 所 有 者	住 所 (所在地)	●●県●●市●●丁目●●番●●号 電話 ●●●-●●●-●●●●						
名 称		株式会社●●●●●●							
代 表 者		千葉 太郎							
契約者との関係		<input checked="" type="checkbox"/> 本人・譲受人・借受人・その他 ()							

加害者（運転者）の住所・氏名等を記入してください。