様式第８号

第三者行為による傷病届（介護）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 種　別 | 第　１　号　・　第　２　号 |
| 保険者番号 | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 大正・昭和平成・令和 |  年　 月　 日 |
| 　 |
| 性 別 | 男・女 | 年 齢 | 歳 |
| 住所 | 〒　　　―(電話)　　　　―　　　―　　　　 |
| 第三者(相手方) | 氏名 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 大正・昭和平成・令和 |  年　 月　 日 |
| 　 |
| 性 別 | 男・女 | 年 齢 | 歳 |
| 住所 | 〒　　　―(電話)　　　　―　　　―　　　　 |
| 勤務先 | (電話)　　　　―　　　―　　　　 |
| 自賠責 |  有・無　　　　　　　　　　　　保険 | 証明書番号 | 　 |
| 契約者 | 氏名 | 　 | 住所 | 　 |
| 任意 |  有・無　　　　　　　　　　　　保険 | 証券番号 | 　 |
| 車検証 | 所有者 | 氏名 | 　 | 住所 | 　 |
| 使用者 | 氏名 | 　 | 住所 | 　 |
| 車両番号 | （ナンバープレート） | 　 | 車台番号 | 　 |
| 事故概要 | 届出署 | 　 | 日時 | 年　　月　　日　 | 午前午後 | 　　時　　分頃　　　 |
| 場所 | 　 |
| 事故状況 | 　 |
| サービス | 事業所名 | 　 | 初診日 | 年　　月　　日　 |
| 介護給付開始日 | 年　　月　　日　 |
| 　 | 初診日 | 年　　月　　日　 |
| 介護給付開始日 | 年　　月　　日　 |
| 　 | 初診日 | 年　　月　　日　 |
| 介護給付開始日 | 年　　月　　日　 |
| 　上記のとおり届けます |
| 　　　　年　　　月　　　日 | 　　住所　　　　　　　　　　　　世帯主　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　 　 |
| 　　　　　　市・町長 | 殿 |