第三者行為（介護保険）被害届

保険者番号		132092	保険者名	町田市
被害者	ふりがな 氏名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）		
	住所	〒	電話	（　　） （　　）
加害者	ふりがな 氏名		職業	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）		
	住所	〒	電話	（　　） （　　）
事故状況	発生日時	年　　月　　日（　午前・午後　　時　　分頃）		
	発生場所			
	負傷等の原因及びその時の状況			
損害賠償に関する交渉経過				
治療状況	診療機関名		治療開始日	
	病状		治療終了（見込）	
	住所	〒	電話	
介護サービスを受けた事業所等名称及び開始日				

町田市長　　様

介護保険法第21条第1項の規定により上記のとおり、届出します。

年　　月　　日

氏名

住所

注意　1　負傷等の原因及び負傷等時の状況は、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、医療費交渉時の経過を詳細に記入し、又、完了している場合は過失割合も記入してください。

3　後日調査の必要上、関係者の電話番号等は必ず記入してください。