

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			治癒 初診日	
	病状			治療 見込日	
	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					
<p>町田市長 石坂 丈一 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">住所</p>					

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。