

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	まちだ まるまるこ 町田 ○○子	被保険者 番号	0 0 0 0 0 0 1 2 3 4
	生年月日	明・大・昭 20 年 1 月 1 日 (73 歳)		
	住所	〒 194-8520 町田市森野2-2-22	電話	042-123-45××
加害者	ふりがな 氏名	まちやま さんかくお 町山 △男	職業	無職
	生年月日	明・大・昭 19 年 1 月 1 日 (74 歳)		
	住所	〒 194-0013 町田市原町田5-8-21	電話	042-987-65××
事故状況	発生日時	2018 年 6 月 1 日 (午前・午後 1 時 30 分頃)		
	発生場所	町田市中町2-13-3の先の路上		
	負傷等の原因及びその時の状況	青信号で歩行中、前方不注意の加害者の車と接触し、転倒した。		
損害賠償に関する交渉経過		加害者側の損保会社と調整中		
治療状況	診療 機関名	まちまち●●クリニック	治療 初診日	2018年6月1日
	病状	右手、右足骨折	治療 見込日	未定
	住所	〒 194-8520 町田市中町1-20-23	電話	042-321-56××
介護サービスを受けた事業所等名称及び開始日		まちだ○×居宅サービス株式会社 開始日2018年8月20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>2018 年 9 月 1 日</p> <p>氏名 町田 ○○子</p> <p>住所 町田市森野2-2-22</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。