

第6号様式

介護保険第三者の行為による給付事由届(交通事故用)

年 月 日

(あて先)名古屋市長

住所

次のとおり届けます。

氏名

印

事故発生日時	年 月 日 (午前・午後)										時 分			
事故発生場所														
事故原因と状況														
被害者 (被保険者)	被保険者番号													
	住所	(〒 - - -)												
	フリガナ					男 ・ 女	生年月日	(明・大・昭)			年	月	日	
	氏名						電話番号	()						
運転者	氏名					生年月日	(明・大・昭)			年	月	日		
	住所	(〒 - - -)												
	職業					電話番号	()							
保有者	氏名					生年月日	(明・大・昭)			年	月	日		
	住所	(〒 - - -)												
	職業					電話番号	()							
	運転者との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()												
契約者	氏名					生年月日	(明・大・昭)			年	月	日		
	住所	(〒 - - -)												
	職業					電話番号	()							
	運転者との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()												
自動車損害 賠償責任保険	有	保険会社名					証明書番号							
	無						証券番号							
任意保険 (対人)	有	保険会社名	支店名	課名	担当者名			電話番号						
	無							()						
要介護状態 区分等	要支援(1・2)		要介護(1・2・3・4・5)		保険給付 開始日	年 月 日								
	事故日前の要介護状態区分等		非該当 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)			医療保険求償等利用状況の有無								
	介護サービス利用状況				保 險 の 種 類	国民健康保険			有・無					
事業者名		利用開始(受領)日		後期高齢者医療			有・無							
		年 月 日		老人保健			有・無							
		年 月 日		条例による福祉医療			有・無							
住宅改修 ()		年 月 日		社会保険			有・無							
福祉用具の購入 ()		年 月 日		診療開始日	年 月 日									

注 この申請書に次の書類を添付して提出してください。 1 交通事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 念書(兼同意書) 等
4 介護保険被保険者証