様式第19号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 係長 | 係員 | 　 | 処理 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 |

介護保険第三者の行為による傷病届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 |
| 事故発生の具体的原因とその状況 | 　　　　年　　月　　日(　　)午前・午後　　時ごろ |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 第三者(加害者)に関する事項 | 本人 | 住所 | 　 | 電話番号 |
| 氏名 | 　 | 職業 | 　 |
| 使用者 | 所在地 | 　 |
| 名称 | 　 |
| 代表者名 | 　 |
| 示談の有無、年月日及びその金額 | □　有□　交渉中□　無 | 　年　月　日金　　　　　　円 | 内訳及び理由 | 介護保険適用相当費用円 | 備考 |
| その他　　　　　　円 |
| 自動車損害賠償保険 | □　有□　無 | 保険会社 | 　 | 保険金受領 | 　　年　　月　　日円 |
| 証書の記号番号 | 　 |
| 診療した医療に関する事項 | 症病名及び傷病の程度 | 　 | 初診年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 介護保険サービス利用 | 　　　年　月　日から | □している□していない |
| 医療機関名 |  |
| 　上記のとおり届け出ます。　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　）電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　糸満市長　殿 |

(注)　第三者不詳のときは、その旨を記入して提出してください。