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。