

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者番号	1000123456	被保険者名 (被害者名)	保険 まもる S10年 7月 4日生	世帯主 との続柄	本人
加害者	住所	埼玉県〇〇市〇〇1-2-3	氏名	介護 太郎 S45年 5月 1日生	職業	自営業 電話 048-000-0000
加害者の 使用者	住所	なし	氏名	年 月 日生	職業	電話
負傷の日時 及び場所	令和 5年 12月 1日 午前 10時 00分頃 / 場所:所沢市〇〇1-2 午後					
発病の原因 又は負傷時 の状況	信号機の設置されていない交差点で、一時停止無視の自動車が自車に衝突したため負傷した。					
疾病又は 負傷の程度	右大腿骨骨折による歩行困難			治ゆまで の見込み	入所 通所 給付費総額	日 円
	介護保険による給付		令和 6年 3月 1日からしている / していない			
介護給付を受けた 事業所名	当初	△△通所リハビリテーション		移転後		
自動車 事故の 場合の 加害自 動車	自賠償保険 契約会社名	〇〇損害 保険株式(相互)会社 農業協同組合		証明書番号	01-000001	
	契約者住所	埼玉県〇〇市〇〇1-2-3		契約者氏名	介護 太郎	
	所有者住所	埼玉県〇〇市〇〇1-2-3		所有者氏名	介護 太郎	
	登録番号又は 車両番号	埼玉 300 あ 0001		車台番号	AB-123456	
	任意保険 (対人)の有無	有 (〇〇損害 保険株式(相互)会社 農業協同組合) . 無				
損害賠償に関 する交渉の経過	現在治療中のため、未交渉 令和〇年〇月〇日治療終了の為、示談交渉中。 損害が軽微のため、お互いの自賠償へ請求する。 等					
令和 6年 5月 1日 住所 埼玉県所沢市△△1-1-1 氏名 保険 まもる 埼玉県所沢市長 様						

- 注1 発病の原因又は負傷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、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、介護給付費等の費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
 3 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
 4 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。