

## 第三者行為による介護給付費内容調査書

被害者事項	介護保険証の 記号番号		住所	静岡県			
	被保険者 (被害者) 氏名	明・大・昭・平 年 月 日生	世帯主 の 続柄	世帯主名			
				電話番号			
人身傷害補償保険(特約)の加入	有・無	保険会社名		担当者名			
加害者 (相手側) 及び交通事故に関する事項	住所				氏名		
					電話番号		
	事故発生の日時	年 月 日		午前・午後	時 分頃		
	事故発生場所						
	事故原因及び状況			事故発生時の略図			
	加害者の使用者 (加害者が従業中の場合)	住所(所在地) 名称・代表者				電話番号	
介護給付事項	事業所名			介護開始日	平成 年 月 日		
	給付費負担者	1. 被害者    2. 加害者    3. 使用者    4. 保険会社					
加害自動車に関する事	保 険 契 約 者	住 所				自 賠 責 保 険	
		氏 名				任 意 保 険	
	契約保険会社						
	保険契約期間		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで		
	保険証明書 (証券)番号						
	自動車の種別			登録番号		車台番号	
任意保険	事 故 取 扱 店	担 当 者		電 話	事 故 受 付 ( 整 理 ) 番 号		

上記のとおりお届けします。

届出人 (○で囲む) 被害者側・加害者側・保険代理人

令和 年 月 日

浜 松 市 長 様      氏 名 \_\_\_\_\_ 印

○お願い=交通事故証明書(原本又は、写)を添付してください。