様式第１７号（第１４条関係）

介護保険第三者の行為による損害届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （被保険者）  被　害　者 | 被保険者番号 |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | | | |  | |  |  |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | | | | | 届出者との  続柄 | | | | | | |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 性　　別 | | | | | | | 男　・　女 | | | | | |
| 住　　所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （第三者）  加　害　者 | ふりがな  氏　　名 |  | | | | | | | 性　　別 | | | | | | | 男　・　女 | | | | | |
| 住　　所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用者  加害者の | ふりがな  氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の状況 | 発生日時 | 年　　　月　　　日　　午前・午後　　　　時　　　分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の原因又は  負傷時の状況 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （加害者）  自賠責保険 | 保険会社名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険契約者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録番号 | |  | | | | | 車台番号 | | | | | | |  | | | | | | |
| 保険期間 | |  | | | | | | | 自賠責番号 | | | | | | |  | | | | |
| （加害者）  任　意　保　険 | 保険会社名 | |  | | | | | | | 取扱店所在地 | | | | | | |  | | | | |
| 担当者名 | |  | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | |
| 保険契約者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険契約者住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険期間 | |  | | | | | | | | | | 契約番号 | | | | | |  | | |
| 任意対人一括の有無 | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被害者加入の保険会社  関与の有無 | | | 有・無 | | | 保険会社名・担当者名 | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届け出ます。  　福島市長  　　　　　年　　月　　日  （届出者）　住　所  　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）１　被害者加入の保険会社関与の有無が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名

・電話番号・担当者名を記入して下さい。

　　　　２　自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の欄に「保険」を「共済」と読み

替えてその内容を記載してください。