

介護保険第三者行為による傷病届

代理申請者	本人申請の場合記載不要	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要)
	住所： 電話番号： () 氏名： (本人との関係：)		被保険者 本人氏名 (印) (本人自署の場合は押印不要)

フリガナ			保険者番号	1	9	2	0	1	3
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒		電話番号 ()						
加害者に関する事項	加害者本人	住所	電話番号 ()						
		氏名	電話番号 ()						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	職業	電話番号 ()		
	使用者	勤務先	電話番号 ()						
		所在地	電話番号 ()						
	名称								
	代表者								
	氏名	電話番号 ()							
加害者が不明の場合の理由									
事故発生の状況	発生年月日	年	月	日	午前	時	分頃	午後	
	発生場所								
	原因及び状況								
医療機関に関する事項	当初の医療機関の名称等	医療機関及び代表者名				所在地			
	転医した場合の医療機関の名称等	医療機関及び代表者名				所在地			
備考									