

第三者の行為に係る届出書		受付	区	××年	××月	××日	局	××
(届出先)								
横浜市長 次のおり関係書類を添えて届け出ます。								
横浜市が第三者（第三者自動車の保険会社等）に損害賠償請求を行うに当たり、第三者の行為と要介護状態との因果関係を確認するため、医師等関係人に照会すること及び私の介護保険要介護認定関係書類を第三者に対する損害賠償請求のための証拠として使用することに同意します。								
令和〇〇年 〇〇月 〇〇日								
被保険者 住所 横浜市 中区 本町 6 - 50 - 10								
氏名 横浜 太郎 (電話) 671-〇〇〇〇								
被保険者番号	0123456789			生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生			
要介護状態区分	要介護4		認定有効期間	令和〇〇年4月1日～令和〇〇年3月31日				
居宅介護支援事業所名	〇〇居宅介護支援事業所			事業者番号	1470000000			
医療保険者	<input type="checkbox"/> 横浜市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 横浜市国民健康保険（横浜市後期高齢者医療も受給） <input type="checkbox"/> その他（ ）							
第三者	氏名	鶴見 一郎			生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生		
	住所	横浜市鶴見区鶴見中央3-0 ツルミマンション101			電話番号	510-〇〇〇〇		
第三者の利用者	氏名又は名称及び代表者	ヨコハマ運輸株式会社 代表取締役 神奈川 次郎						
	住所又は所在地	横浜市西区中央2-0			電話番号	320-〇〇〇〇		
第三者行為	発生日時	令和△△年 △△月 △△日			午後 5時 30分 頃			
	発生場所及び内容	(発生場所) 横浜市中区日本大通1-0 (内容) 被保険者運転の自動車と第三者運転の自動車との衝突事故						
介護サービスの利用状況	サービス種類	事業所名		事業者番号	利用開始年月日			
	訪問介護 福祉用具貸与	ヘルパーステーション〇〇 福祉用具ショップ〇〇		1478901234 1470111111	令和〇年1月〇日 令和〇年2月〇日			
自動車事故の場合の第三者自動車	自賠責保険契約会社名	〇〇海上火災保険			証明書番号	第 ABC-000000 号		
	担当事務所及び担当者名	南第一サービスセンター			電話番号	743-〇〇〇〇		
	契約者住所	横浜市西区中央2-0			契約者氏名	ヨコハマ運輸株式会社		
	登録番号又は車両番号	横浜44は 〇〇〇〇			車台番号	EX〇〇-〇〇〇〇		
	任意保険契約会社名	損害保険〇〇			証券番号	YH1234-56789		
	担当事務所及び担当者名	港南第二サービスセンター			電話番号	750-〇〇〇〇		
契約者住所	横浜市西区中央2-0			契約者氏名	ヨコハマ運輸株式会社			
損害賠償に関する交渉の経過								
入院等治療費についての請求には応じると回答がありますが、示談交渉は継続中です。								