第24号様式(第24条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第三者行為による傷病届  年　　月　　日  　（宛先）阿久根市長 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 届出人　住所  　　　　氏名 | | |  | | | |
| 次のとおり届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | |  | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | |
| 被保険者住所 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | | | 新規申請　・　要支援(1・2)　・　要介護(1・2・3・4・5) | | | | | | | | | | | |
| 介護サービス利用意向(状況)等 | | | 在宅(居宅支援事業所名を記載)　(　　　　　　　　　　　　　　)  　施設 | | | | | | | | | | | |
| 事故発生日時 | | | 年　　月　　日　　午前　・　午後　　時ころ | | | | | | | | | | | |
| 事故発生場所 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 事故発生当時の具体的状況及び被害の程度 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 第三者の氏名 | | |  | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | |
| 第三者の住所 | | |  | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | |
| 第三者の職業 | | |  | | | | | | 第三者の勤務先名 | | | |  | |
| 第三者の勤務先の所在地 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 示談の状況 | 成立の有無 | | 有・無 | 年　　月　　日　成立  年　　月　　日　受領 | | | | | 受領金額 | | | | 円 | |
| 不成立の場合交渉中の状況 | |  | | | | | | | | | | | |
| 治療の状況 | 医療機関名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 入院(見込み) | | | | | | 通院(見込み) | | | | | | | 治療費用(見込み) |
| 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | 日間 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | 日間 | | 円 |
| 自動車事故の場合の加害自動車 | | 自賠責保険契約先 | | |  | | | | | 請求者 | | | | 被害者・加害者 |
| 担当事務所 | | |  | | | | | 請求  年　　月　　日  受領  金額　　　　　　　　　円 | | | | |
| 契約者氏名 | | |  | | | | |
| 契約者住所 | | |  | | | | |
| 登録番号又は車両番号 | | |  | | | | |
| 任意保険の有無 | | | 有(　　　　　　　　　　　)　・　無 | | | | | | | | | |