

京都市介護保険傷病届

届出者が被保険者番号、氏名、自宅電話番号、連絡先電話番号、被保険者本人との関係を記入してください。

課長	課長補佐・係長	係員	京都市受付	年 月 日
				No

「交通事故証明書」を確認のうえ、事故発生年月日、事故発生時刻、事故発生場所を記入してください。

傷 病 届（第三者行為）

被 保 険 者	被保険者番号	10001-00000		氏名	京都 太郎	
	自宅電話番号	075-111-1111	連絡先電話	075-111-1111	本人との関係	本人
	事故発生年月日	令和4年 10月 10日 午前・午後 10時 40分頃				
	事故発生場所	烏丸通り2丁目交差点				
	病院名等	京都病院		初診	令和4年 10月 10日 入院	退院
	示談	未成立		成立（	年 月 日）	
	交通事故以外の原因（具体的に）	なし				

病院名、初診日、示談の成立有無、交通事故以外の原因を記入してください。

相手方（加害者）の住所、氏名、性別、年齢、連絡先、電話番号、事故を起こした車の使用者（所有者）、住所を記入してください。

相手方（加害者）の自賠責保険の会社名、証明書番号を記入してください。

相手方（加害者）に任意保険の契約がある場合は、任意保険の内容を記入してください。

相手方（加害者）に交通事故以外の損保の契約がある場合は、会社名、証券番号を記入してください。

住 所	京都市中京区×××				
氏 名	交通 三郎		男・女	年齢	50 歳
連 絡 先	上京みやこ商事京都支店		電話	888-8888	
所有者、使用者	交通 三郎		所有者・使用者住所	京都市中京区××	
自 賠 責 保 険	会社名 大中小保険株式会社		証明書番号	1234	
任 意 保 険	会社名 小中大損害保険株式会社		証券番号	第2B3C44444号	
	担当部署 保険担当課		TEL	075-999-9999	
	担当者名 損保太郎				
交通事故以外の損保加入の場合	会社名		証券番号		

医療保険等の状況＞

医療保険等の状況を記入してください。

医療保険の種類	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 組合健保			証記号
後期高齢者医療（受給している場合のみ）	受給者番号	1111111		
傷病届（第三者行為）の届出	・している ・していない	届出をしたところ（区役所等）		

上記のとおり届け出ます。

令和4年 10月 20日
住 所 京都市中京区〇〇〇
氏 名 京都 太郎

該当するものに○を付けてください。

京都市長 様

届出年月日、届出者の住所、氏名を記入してください。