

京都市介護保険傷病届

届出者が被保険者番号(介護保険被保険者証を確認してください)、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	075-1111-1111	連絡先電話	075-1111-1111	本人との関係	本人
	事故発生年月日	令和2年 4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2年 4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。

相 手 方	住 所	京都市中京区×××				
	氏 名	交通 三郎	男/女	男	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 111A1111				
	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 075-9999-9999 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			

医療保険等の状況を記入してください。

医療保険等の状況>			
医療保険の種類	国民健康保険・社会保険・組合健保	証記号番号	
後期高齢者医療(受給している場合のみ)	受給者番号	11111111	
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2年 4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。