

様式第3号の2（第3条関係）

第三者行為による給付事由届

被 保 険 者	保険者番号	3	6	2	0	6	1	保険者名	阿波市	被保険者 番 号											
	住 所									電 話	() -										
	氏 名									生年月日	明大 昭平 年 月 日生										
第 三 者	住 所									氏 名											
サ ー ビ ス 利 用 者 関 係	サ ー ビ ス を 受 け た 事 業 所 名	期 間								介 護 保 険 の 使 用 の 有 無											
		平成 年 月 日～平成 年 月 日								有・無		施設入所・在宅									
		平成 年 月 日～平成 年 月 日								有・無		施設入所・在宅									
		平成 年 月 日～平成 年 月 日								有・無		施設入所・在宅									
		平成 年 月 日～平成 年 月 日								有・無		施設入所・在宅									
	病 気 の 経 過	治癒・治療中・中止・その他()																			
	また治療中であれば見込み	月ごろまで入所(院)・在宅サービス利用																			
利 用 者 負 担 金 の 支 払	自分で支払った・相手が払った・まだ払ってない																				
上記のとおり届け出ます。																					
平成 年 月 日																					
																		被保険者名		印	
代表者 保険者長 阿波市長 殿																					

添付書類

1. 示談が成立している時は、示談書の写
2. 警察の発行する交通事故証明書