

第14号様式(第20条)

第三者の行為に係る届出書	受付	区	年月日	局	年月日	
(届出先)						
横浜市長	次のと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。					
年月日						
被保険者	住 所	氏 名	印	(電話)		
(本人自署の場合は、押印不要です。)						
被保険者番号				生年月日	年月日生	
要介護状態区分		認定有効期間	年月日~年月日			
居宅介護支援事業所名				事業者番号		
医療保険者	横浜市国民健康保険 横浜市国民健康保険(横浜市老人保健医療も受給) その他()					
第三者	氏 名				生年月日	年月日生
	住 所				電話番号	
第三者の使用者	氏名又は名称 及び代表者					
	住 所 又 は 所 在 地				電話番号	
第三者行為	発生日時	年月日 時 分 頃				
	発生場所 及び内 容	(発生場所) (内 容)				
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		
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				証明書番号	第 号
	担当事務所及び担当者名				電話番号	
	契 約 者 住 所				契 約 者 氏 名	
	登録番号又は車両番号				車 台 番 号	
	任意保険契約会社名				証 券 番 号	
	担当事務所及び担当者名				電 話 番 号	
契 約 者 住 所				契 約 者 氏 名		
損害賠償に関する交渉の経過						