様式第５―２号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険 | 給付内訳書 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　下記被害者に対して、 | 介護保険 | の保険給付を次のとおり行ったので、 |
| 自動車損害賠償保障法施行令第３条第２項に規定する書類として送付する。 |
|  |
| 被害者 |  | 事業所等名称 | 別添のとおり |
| 事故年月日 |  |
| 自動車保険証明番号 |  | 加害者名 |  |
| 管轄店又は共済連 |  | 保険契約者又は共済契約者 |  |
| 　　　　　　保険給付額 | （第　　回） |
| 種別 | 金額（円） | 備　考 |
| 療養(医療)の給付介護給付費 |  |  |
| 入院食事療養費 |  |  |
| 高額療養費高額介護サービス費 |  |  |
| 療養費(医療費)の支給 |  |  |
| 傷病手当金 |  |  |
| 葬祭費 |  |  |
| 合計 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 前回までの通知額 |  | 連絡事項 |  |
| 累計 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　年　　月　　日 |
| 保険者名 |  |  |
| 代表者 |  |  |

（治療完了）（治療継続中） |

（注）１　療養(医療・介護)の給付費については、診療報酬請求明細書・介護給付実績の写しを添付すること。

　　　２　第２回目以降は、傷病名欄の記載を省略すること。