

記入例

国民健康保険を使用して、治療を受けた方を記入してください。

事故の相手方(第三者)を記入してください。

事故の年月・場所を記入してください。

示談の有無を記入してください。

整理番号	—	自動車 自賠責 自動車 自賠責 自動車 自賠責	資格 区分	一般・退本・退扶 員番	
高齢者	3割・2割・1割(低II・低I)		就学前(2割)		
第三者の行為による傷病届					
被 保 険 者	記号番号	1234-5678			
	氏名	熊本 花子		生年月日	昭和 令和 平成 23年 3月 29日
	勤務先	所在地	名称		
第 三 者	住所	熊本市****丁目*番*号			
	氏名	九州 一郎		TEL	×××-○○
	勤務先	所在地	熊本市****丁目*番*号		
		名称	〇〇株式会社		
事故発生 年月日	平成23年 〇月 ×日		午前	2時 30分頃	
事故発生 場所	熊本市〇〇丁目*番*号				
示 談 状 況	示談の有無	見舞金、自賠責保険から仮渡金、治療費など金品をもらった場合や、話し合いをした場合はその状況を記入してください。 ※示談したときは示談書の写しを添付してください。			
	有・無				

※ 提出するときは次の書類を添付してください

- 1 交通事故証明書(人身事故) 傷害・飼い犬による咬傷の場合不要です)
- 2 事故発生状況報告書
- 3 念書(署名は被保険者です)
- 4 誓約書(署名は第三者です)

- (届出上の注意)
- 1 この届出は、第三者行為(交通事故等)で負傷し、国民健康保険を使用して治療を受ける場合に提出してください。
 - 2 国民健康保険を使用して治療を受けたときは、その費用の限度において、熊・市が加害者や自賠責・任意保険に対して損害賠償請求権を取得します。

特記事項

第 三 者	自動車損害賠償保険(自賠責)					
	保険会社名	***自動車共済		保険期間	平成2年 〇月 ×日 から 平成2年 ×月 〇日 まで	
	保険契約者	氏名	九州 一郎		所有者との関係	本人
		住所	熊本市****丁目*番*		運転者との関係	本人
	自動車所有者	氏名	九州 一郎		住所	熊本市〇〇〇丁目*番*号
車両番号	熊本00あ001		車台番号			

事故の相手方(第三者)が加入している自賠責保険を記入してください。(事故証明書参照)

第 三 者	任意保険の有無				(有)・無
	保険会社名	***火災海上保険		任意保険の使用	可・不可・不明
	担当者氏名	手取 一郎		電話番号	****-****
	証券番号				
	保険契約者	氏名	九州 一郎		住所

事故の相手方(第三者)が加入している任意保険を記入してください。(わかる範囲で可)

被 保 険 者	受診した医療機関に関する事項	受診した医療機関名(複数あればすべて記入してください)	***総合病院 ***整形外科
	国保診療開始日	令和元 年 〇月 ×日	
	事故後、国民健康保険を使って受診をした医療機関を記入してください。		

事故後、国民健康保険を使って受診をした医療機関を記入してください。

上記のとおり届けます。 令和 年 月 日

住所 熊本市〇〇〇町*番*号
世帯主
氏名 熊本 太郎
電話 ****-****

受付印

熊本市長様

国民健康保険を使用して治療を受けた方(被保険者)の世帯主を記入してください。

