

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 傷 害	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	TEL 〇〇〇-×××		
第 三 者	住 所	熊本市****丁目*番*号			
	氏 名	九州 一郎		TEL	×××-〇〇
	勤 務 先	所在地	熊本市****丁目*番*号		
		名 称	〇〇株式会社 TEL		
事 故 発 生 の 年 月 日	平成23 年 〇 月 × 日		午前 午後	2 時 30 分頃	
事 故 発 生 の 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 の 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 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。

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 ***-****

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。

受 付 印

