

|                                  |                |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|------------------------------|---------|-----|--|---------|----|--------------------------------|---------|---------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|
| 第三者行為による傷病届                      |                |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                | 宛名番号    |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                 | 医療種別           |                                                 | 国保一般（ 割）退職本人・家族（ 割）前期高齢者（ 割） |         |     |  |         |    |                                |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 証記号            |                                                 | 松国保                          |         | 証番号 |  | 〇〇〇〇〇〇〇 |    |                                |         | 個人番号                |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 氏<br>名         | フリガナ                                            |                              | コクホ タロウ |     |  |         |    |                                |         |                     | (生年月日)                         |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                | 国保 太郎                                           |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     | 大昭和<br>平 令 3 0 年 1 月 1 日 生 〇〇歳 |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 住<br>所                           | 〒 791 - 8550   |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 松山市 高岡町 〇〇-〇   |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                |         | (電話) 089-968 - 〇〇×× |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 第<br>三<br>者<br><br>(相<br>手<br>方) | 氏<br>名         | フリガナ                                            |                              | イヨ イチロウ |     |  |         |    |                                |         |                     | (生年月日)                         |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                | 伊予 一郎                                           |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     | 大昭和<br>平 令 2 年 4 月 1 日 生 〇〇歳   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 住<br>所         | 〒 790 - 0002                                    |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                | 松山市 二番町 1丁目〇-〇                                  |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     | (電話) 089-948 - 〇〇××            |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 勤務先            |                                                 | 〇〇産業 (電話) 089-911 - 〇〇××     |         |     |  |         |    |                                |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 自<br>賠<br>責    | 有・無                                             |                              | 〇〇〇〇    |     |  |         | 保険 |                                | 証明書番号   |                     | 〇〇〇〇-××××                      |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                | 契約者                                             | 氏名                           | 伊予 一郎   |     |  |         |    |                                | 住所      | 松山市 二番町 〇-〇-〇       |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 任意             | 有・無                                             |                              | △△△△    |     |  |         | 保険 |                                | 証券番号    |                     | △△△-××〇〇                       |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 車<br>検<br>証    | 所有者                                             | 氏名                           | 伊予 一郎   |     |  |         |    |                                | 住所      | 松山市 二番町 〇-〇-〇       |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                | 使用者                                             | 氏名                           | 伊予 一郎   |     |  |         |    |                                | 住所      | 松山市 二番町 〇-〇-〇       |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 車両番号〔 ナンバープレート〕                  |                |                                                 | 愛媛 500 あ〇×△〇                 |         |     |  |         |    | 車台番号                           |         | ××〇〇-××××           |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 事<br>故<br>概<br>要                 | 届出署            | 〇〇署                                             |                              |         |     |  |         | 日時 | 平成〇〇年 7月30日 午前<br>午後 2 時 30 分頃 |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 場所             | 松山市 一番町 1丁目 〇-〇                                 |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 事故状況           | 優先道路を時速 50 k mで走行中、右側狭路より進行してきた相手方車両と出会い<br>頭衝突 |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 診<br>療                           | 病院名<br><br>薬局名 | 〇〇中央病院                                          |                              |         |     |  |         |    |                                | 初 診 日   |                     | 〇〇年 7月30日                      |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                | 国保診療開始日 |                     | 〇〇年 7月30日                      |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                | △△整形外科                                          |                              |         |     |  |         |    |                                | 初 診 日   |                     | 〇〇年 8月 1日                      |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                | 国保診療開始日 |                     | 〇〇年 8月 1日                      |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                | ××薬局                                            |                              |         |     |  |         |    |                                | 初 診 日   |                     | 〇〇年 8月 1日                      |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                | 国保診療開始日 |                     | 〇〇年 8月 1日                      |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり届けます                       |                |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                            |                |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                | 世帯主     |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  | 住所 |  |  |  |  |  |  |
| 市・町長 殿                           |                |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                | 氏名      |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 組合理事長                            |                |                                                 |                              |         |     |  |         |    |                                |         |                     |                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |

記入例

\* 記 入 例

この用紙は、被保険者（被害者）が被害届けを出す際を中心となる重要な書類ですので、できるだけ空欄のないように記入してください。

- 個人番号を記入する場合、以下のいずれかを提示（郵送の場合はコピー）してください。
- ①個人番号カード
  - ②通知カード+写真付き身元確認ができるもの1点（免許証、住民基本台帳カード、パスポートなど）
  - ③通知カード+写真なし身元確認ができるもの2点（健康保険証、介護保険証、年金手帳など）
- 個人番号が記入されていない場合、保険者で確認いたします。

第三者（相手方）の欄は、保険者（市町国保）が相手方に医療費を請求する際の重要な事項です。正確に記入してください。

自賠償保険・任意保険の有無は大変重要です。相手方に確認して正確に記入してください。

事故状況は過失を検討する上で重要です。被害者と相手者の動きがわかるよう簡単に記入してください。

最初に診療を受けた病院、転院後の病院名と国保による治療を開始した年月日を必ず記入してください。

- 他添付書類
- 事故証明書【コピー可】（運転免許センターで取得できます。保険会社が取得している場合もありますので、ご相談ください。）
  - 事故発生状況報告書
  - 念書