

記入例

第三者行為による傷病届										宛名番号											
被 保 険 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														
	フリガナ	コクホ タロウ			(生年月日)																
氏名	国保 太郎			昭	平	40	年	1	月	1	日	生	〇〇	歳	(性別) 男 女						
住所	〒 791 - 8550			松山市 高岡町 〇〇-〇			(電話) 089-968 -〇〇××														
第 三 者  ( 相 手 方 )	フリガナ	イヨ イチロウ			(生年月日)																
	氏名	伊予 一郎			明	大	2	年	4	月	1	日	生	〇〇	歳	(性別) 男 女					
	住所	〒 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 賠 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 検 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 故 概 要	届出署	〇〇署			日	〇〇年 7月30日			午前	2 時 30 分頃		午後									
	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頭衝突																			
診 療	病院名	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											
	薬局名	××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		印									
組合理事長																					

\* 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。

自賠責保険・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