

第三者行為による傷病届		個人番号		
被保険者	医療種別	国保一般 ( 割)	前期高齢者 ( 割)	後期高齢者 ( 割)
	記号	新居浜国保	番号	受給者番号 (重心、母子、乳幼児)
氏名	フリガナ	コク ホ タ ロウ		
		国保太郎 昭平 〇〇年 △ 月 〇 日生 〇〇 歳		
住所	〒792-0025 新居浜市 一宮町 〇丁目 〇番 〇号 (電話) 0897-33-〇〇××			
氏名	フリガナ	イ ヨ イチ ロウ		勤務先 〇 〇 産業 (電話) 0897-41-〇〇〇〇
		伊予一郎		
住所	〒792-0050 新居浜市 萩生 △△△△番地の〇〇 (電話) 0897-41-××××			
自賠責	任意	有・無 〇〇火災 保険		証明書番号 〇〇〇〇-××××
	契約者	氏名	伊予一郎	住所 新居浜市 萩生 △△△△番地の〇〇
任意	任意	有・無 ××火災 保険		証券番号 △△△-××〇〇
	所有者	氏名	伊予一郎	住所 新居浜市 萩生 △△△△番地の〇〇
車検証	使用者	氏名	伊予一郎	住所 新居浜市 萩生 △△△△番地の〇〇
	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	〇〇〇署	日 時	令和〇〇年 5月 1日 午前 2時30分頃
	場所	新居浜市 坂井町 〇丁目 〇番 〇号先路上		
診療	病院名	〇〇病院 (整形外科)	初診日	令和 1年 5月 1日
			国保診療開始日	令和 1年 5月 1日
	薬局名	△△整形外科	初診日	令和 1年 6月 1日
			国保診療開始日	令和 1年 6月 1日
	××薬局	初診日	令和 1年 6月 1日	
		国保診療開始日	令和 1年 6月 1日	
上記のとおり届けます。 (宛先) 新居浜市長 住所 新居浜市一宮町〇丁目〇番〇号 世帯主 氏名 国保太郎 令和〇〇年〇〇月〇〇日				

### 記入例

- \*この用紙は、被保険者(被害者)が被害届けする際の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。
- \*第三者(相手方)の欄は、保険者(新居浜国保)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。  
被保険者(被害者)の連絡先及び相手方(加害者)の連絡先(勤務先、自宅、携帯等)の欄は、必ず記入してください。
- \*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。  
※被害者が、自らの任意保険(人身傷害等)を使用される場合は、「事故概要」の事故状況欄に保険会社名及び担当者名、連絡先を記載してください。また保険等を使用せず、自費で支払った場合は、「自費支払」と記載してください。
- \*示談する場合は事前に新居浜市国保課にご相談ください。国民健康保険で治療が受けられなくなることもあります。
- \*事故状況は過失を検討する上で重要です。被害者(車)と相手者の動きが判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(科名)、転医後の病院名(科名)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。
- \*その他添付書類
  - 事故証明書
  - 事故発生状況報告書
  - 念書
  - 誓約書
  - その他事故に関するもの
- ※ H28.1月より、上記に加え
  - 被害者の個人番号がわかるもの  
(個人番号カード、個人番号通知カード等)
  - 来られる方の本人確認できるもの  
(運転免許証等顔写真付きで官公署が発行したもの)  
が必要です。(別世帯の方がこられる際は委任状が必要です)

**治療が終わった時は、新居浜市役所 国保課**

**〔(0897) 65-1230〕 まで必ず連絡してください。**