

## 第三者の行為による傷病届

被 保 険 者	記 号	阿 蘇	番 号			
	氏 名			生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
	住 所					
	電話番号			世帯主との続柄		

第 三 者	住 所					
	氏 名			TEL		
	勤 務 先 (使 用 者)	所在地				
		名 称	TEL			

事 故 発 生 の 年 月 日	年 月 日	午前 午後	時 分頃
事 故 発 生 の 場 所			

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
- 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、阿蘇市が第三者や自賠責・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)

--

自動車損害賠償保険（自賠責）						
第 三 者	保険会社名			保 險 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	保険契約者	氏名			所有者との関係	
		住所			電話番	
	自動車所有者	氏名			住所	
	車両番号			車台番号		

任意保険の有無					有 ・ 無
第 三 者	保険会社名			任意保険の使用	可 ・ 不可 ・ 不明
	担当者氏名			電 話 番 号	
	証券番号				
	保険契約者	氏名			住所

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）			
		保 險 診 療 開 始 日	年	月	日

上記のとおり届けます。 平成 年 月 日

(世帯主)

住 所

---



---

氏 名

---



電 話

---

阿蘇市長 様