

記入例

第三者の行為による傷病届				
被 保 険 者	記号	阿蘇	番号	○○○○○○○
	氏名	○○○(被保険者)		生年月日 昭和・平成 ○年 ○月 ○日
	住所	○○市○○町○○番地		
	電話番号	□□□-□□□-□□□□	世帯主との続柄	本人(妻・子等)

第 三 者	住所	○○市○○町○○番地		
	氏名	○○○○ (相手方)	TEL	□□□-□□□-□□□□
	勤務先	所在地	○○市○○町○○番地	
名称		△△△株式会社	TEL	□□□-□□□-□□□□

事故発生の年月日	平成○○年 ○○月 ○○日 午前 午後 ○時 ○分頃
事故発生の場所	○○市○○丁目○○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・飼い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、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	○○損害保険株式会社	保険期間	○○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	○○市○○丁目○○号	運転者との関係
	自動車の所有者	氏名	○○○○	住所
車両番号	熊本××××○○-○○		車台番号	××××××××××

任意保険の有無				有・無
第 三 者	保険会社名	○○損害保険株式会社	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)	○○医療センター ××整形外科
		保険診療開始日	○○年 ○○月 ○○日

上記のとおり届けます。 平成 ○○年 ○○月 ○○日

(世帯主) ○○○○
住所 ○○市○○丁目○○号

氏名 ○○○○ 印

電話 □□□-□□□-□□□□

阿蘇市長 様