

記入例

別添1

目 的		内 容		
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号 56-12345	保険者名 八 街 市	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 世帯主名を記入してください	氏名	印
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	性別 / 年齢 男性 / 女性 歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 国保を使用して、治療される方を記入してください	年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
	備考			
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	性別 / 年齢 男性 / 女性 歳	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
事故発生	事故発生日時	「交通事故証明書」を参照して 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所	記入してください		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名			
	保険契約者名	ふりがな 氏名	相手方(加害者)の自賠責保険証を参照して記入してください	
	登録番号			
	車台番号			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険 (加害者)	保険会社名			
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名	相手方(加害者)の任意保険がある場合に記入してください	
	住 所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
	所在地	〒	国保を使用して治療を受けている場合、その状況を記入してください 入院の有無 有 / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
	所在地	〒	診療期間が未定の場合は空欄で可 TEL () 入院の有無 有 / 無	

過失の大小に関係なく、国保で治療される方は「被害者」、その国保の被保険者に損害を与えた相手が加害者となります