

第4号様式（第16条の2関係）

記入例

（あて先）甲府市長

年 月 日

甲府市国民健康保険第三者行為による傷病届		
項 目	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 〇〇〇-〇〇〇〇〇 保険者名 甲府市
	保険者の住所(届出先)	〒 400-8585 甲府市丸の内一丁目18番1号 朱肉が使える印かん
	被保険者（世帯主）氏名	ふりがな かくほ たろう 氏名 国保 太郎 印
（被害者） （受診者）	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな かくほ こたろう 氏名 国保 小太郎 男性 / 女性 〇〇 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子 平成〇〇年 〇月 〇日
	住所 / 電話	〒 400-〇〇〇〇 甲府市△△〇丁目〇番〇号 TEL 055(237)〇〇〇〇
	備考	
（第三者） （加害者）	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな こうふ じろう 氏名 甲府 次郎 男性 / 女性 〇〇 歳
	住所 / 電話	〒 400-〇〇〇〇 甲府市〇〇△丁目〇番〇号 TEL 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃
	事故発生場所	
自賠償保険（加害者）	保険会社名	事故証明書などを参考にご記入ください。
	保険契約者名	ふりがな 氏名
	登録番号	
	車台番号	
	保険期間 / 自賠償番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 自賠償番号
任意保険（加害者）	保険会社名	〇〇損害保険
	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
	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 〇〇損害保険 担当〇〇 TEL 055(〇〇〇)〇〇〇〇		
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇病院 治療開始日 令和 〇 年 〇 月 〇 日 TEL 055 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	所 在 地	〒 400-〇〇〇〇 甲府市〇〇△丁目〇番〇号 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 TEL ()
	所 在 地	〒 入院の有無 有 / 無

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。
(自賠償共済、任意共済の場合には、自賠償保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載してください。)