

交通事故(自損事故)による国民健康保険への届出書

令和 年 月 日

中野市長 あて

申請者	住所	
	氏名	(印)
世帯主名 (申請者が世帯主でない場合は記入してください。)		
連絡先	(電話・携帯)	

下記のとおり申請します。

事故の当事者	被保険者証の記号・番号	記号 中野	番号		適用	一般・退職
	フリガナ				生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男
	氏名				昭和 年 月 日 平成	<input type="checkbox"/> 女

事故の状況	発生日時	年 月 日 午前 時 ごろ 午後
	発生場所	
	事故原因の状況	

診療	診療開始日	病 院 名
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

(1) 同乗者の有無 (※有の方は(2)にもご回答願います)		(1) 有・無	(2) 同乗者の続柄・氏名	
(1) 事故によるケガ・病気等が完治しているかどうかお答えください。 (※完治しているとお答えになった方は、(2)にもご回答願います。)	(1) 完治している・まだ治療中である	(2) 事故によるケガの治療のために最後に病院に行った日		年 月 日

※自損事故の場合は、第三者行為にはなりません。が、事務手続きで確認が必要になる場合がありますので届出をお願いします。

※第三者行為とは

自分以外の方が原因(主な例として交通事故がこれにあたります。)として医療機関で治療を受けることになった場合を指します。がこれにあたります。

市役所処理欄

課長	課長補佐	係長	係	受付	備考