

総社市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和2年3月19日

総社市長 片岡 聡 一

総社市規則第18号

総社市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

総社市国民健康保険条例施行規則（平成17年総社市規則第97号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中下線が引かれた部分（様式の表示を除く。以下「改正部分」という。）を当該改正部分に対応する同表の改正後の欄中下線が引かれた部分に改める。

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動様式」という。）に対応する同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動後様式」という。）が存在する場合には、当該移動様式を当該移動後様式とし、移動後様式に対応する移動様式が存在しない場合には、当該移動後様式を加える。

改正後	改正前
<p>（第三者の行為による傷病の届出） 第19条 療養の給付を受ける疾病又は負傷が第三者の行為によって生じた場合においては、被保険者はその事実、第三者の氏名、住所（氏名又は住所不詳であるときはその旨）並びに疾病又は負傷の状況を遅滞なく第三者行為による傷病届（様式第8号）<u>に事故発生状況報告書（様式第9号）及び同意書（様式第10号）を添えて、</u>市長に届け出なければならない。</p> <p>（出産育児一時金の支給手続） 第20条 条例第4条の規定による出産育児一時金の支給を受けようとする者は、出産育児一時金支給申請書（<u>様式第11号</u>）を市長に提出しなければならない。</p> <p>（葬祭費の受給手続） 第21条 条例第5条の規定による葬祭費の支給を受けようとする者は、葬祭費支給申請書（<u>様式第12号</u>）を市長に提出しなければならない。</p> <p><u>様式第8号（第19条関係）</u></p>	<p>（第三者の行為による傷病の届出） 第19条 療養の給付を受ける疾病又は負傷が第三者の行為によって生じた場合においては、被保険者はその事実、第三者の氏名、住所（氏名又は住所不詳であるときはその旨）並びに疾病又は負傷の状況を遅滞なく第三者行為による傷病届（様式第8号）<u>により</u>市長に届け出なければならない。</p> <p>（出産育児一時金の支給手続） 第20条 条例第4条の規定による出産育児一時金の支給を受けようとする者は、出産育児一時金支給申請書（<u>様式第9号</u>）を市長に提出しなければならない。</p> <p>（葬祭費の受給手続） 第21条 条例第5条の規定による葬祭費の支給を受けようとする者は、葬祭費支給申請書（<u>様式第10号</u>）を市長に提出しなければならない。</p> <p><u>様式第8号（第19条関係）</u> 略</p>

改 正 後	改 正 前
<p>(別紙のとおり)</p> <p><u>様式第9号(第19条関係)</u> (別紙のとおり)</p> <p><u>様式第10号(第19条関係)</u> (別紙のとおり)</p> <p><u>様式第11号(第20条関係)</u> (別紙のとおり)</p> <p><u>様式第12号(第21条関係)</u> (別紙のとおり)</p>	<p><u>様式第9号(第20条関係)</u> 略</p> <p><u>様式第10号(第21条関係)</u> 略</p>

附 則
この規則は、令和2年4月1日から施行する。

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		保険者名	
	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 氏 名		印	
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名		男性 / 女性	歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係		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		男性 / 女性	歳
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
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				
自賠責保険 (加害者)	保険会社名				
	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			
	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	保険会社名・担当者名		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	
		TEL ()			
	所在地	〒		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下さい。

(自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、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下さい。)

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の番号			乙 (被害者)	氏名	運転・同乗 歩行・その他	
天 候	晴・曇・雨・雪・霧・()	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装(してある・してない)・歩道(ある・ない)・道路の見通し(良い・悪い) 中央車線(ある・ない)・道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識	信号(ある・ない)・自車側信号(青・赤・黄)・相手方信号(青・赤・黄) 駐停車禁止(されている・されていない)・その他標識()					
速 度	甲車両	Km/h(制限速度	Km/h)	乙車両	Km/h(制限速度	Km/h)
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid gray; width: 80%; height: 150px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="width: 15%;"> <p>自 車(乙) </p> <p>相手車(甲) </p> <p>進行方向 </p> <p>信 号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自 転 車 バ イ ク </p> </div> </div>					
事故発生 の状況 (経緯)						
被害者の 負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() <small>(パート・アルバイト含む)</small>				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
	労災特別加入※	(被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無				
上記内容に間違いありません。 年 月 日 届出者(被保険者): 印						

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰って下さい。※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

御中

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者（注2）が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

届出者（被保険者）

住所

氏名

（印）

（注1）各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

（注2）国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

様式第11号（第20条関係）

出産育児一時金支給申請書

被保険者証 記号番号		被保険者 (分べん者)氏名	
出産児の氏名		分べん年月日	年 月 日
申請金額	円	備考	
<p>上記のとおり申請します。 年 月 日</p> <p>被保険者の属する 世帯の世帯主 住所 氏名</p> <p>総社市長 様</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			

様式第12号 (第21条関係)

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者証 記号番号		被 保 険 者 (死亡者)氏名		申請人との 続柄	
死亡年月日	年 月 日	死亡の場所			
死亡の原因		葬祭年月日	年 月 日		
申請金額	円	備 考			
<p>上記のとおり申請します。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申 請 人 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>総社市長 様</p>					