

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3年12月21日

総社市長 片岡 聡 一

総社市規則第81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。）を当該移動様式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とする。

改正後	改正前
<p>（新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給手続） 第21条の2 条例第5条の2第2項の規則で定める日は、<u>令和4年3月31日</u>とする。</p> <p><u>様式第8号（第19条関係）</u> （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>（新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給手続） 第21条の2 条例第5条の2第2項の規則で定める日は、<u>令和3年12月31日</u>とする。</p> <p><u>様式第8号（第19条関係）</u> 略</p> <p><u>様式第9号（第19条関係）</u> 略</p> <p><u>様式第10号（第19条関係）</u> 略</p> <p><u>様式第11号（第20条関係）</u> 略</p>

改正後	改正前
<u>様式第12号（第21条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第12号（第21条関係）</u> 略

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

### 第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
（被 保 険 者 名 等） 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	保険者名 <b>総社市</b> 生年月日 年 月 日
		住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒 TEL ( )
（受 診 者） 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者との関係	生年月日 年 月 日
	住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	TEL ( )
（第 三 者） 加害者	氏名	ふりがな 氏名 〒	TEL ( )
	住所 / 電話		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所		
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)	
自 賠 責 保 険 （ 加 害 者）	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名	ふりがな 氏名
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号
任 意 保 険 （ 加 害 者）	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署
	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 第 号
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署
		担当者氏名	TEL ( )
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名	入院 有 / 無
		治療開始日	年 月 日
		治療終了（見込）	年 月 日
		〒	TEL ( )
	② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日
		〒	治療終了（見込） 年 月 日
	TEL ( )		
③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	
	〒	治療終了（見込） 年 月 日	
	TEL ( )		
傷病届作成日 / 作成支援の有無	年 月 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、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ご記入ください。



総社市 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、次の事項に同意します。

- 1 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等の写しを添付すること。
- 2 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。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

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

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

(印)

※署名又は記名押印

（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、介護保険：介護保険法第21条第1項

（注2）国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、

高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法21条第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。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者の属する 住所 世帯の世帯主 氏名 電話番号</p> <p>総社市長 様</p>			

振込先口座

金融機関名	支店名	種別	口座番号	フリガナ 名義人（世帯主）

6ヶ月以上資格取得

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		申請人から みた続柄	
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。</p> <p>年 月 日</p> <p>(〒 - )</p> <p>申請人 住 所 (喪主) 氏 名 電話番号</p> <p>総社市長 様</p>					

振込先口座

金融機関名	支店名	種別	口座番号	フリガナ 名義人 (喪主)

保険証回収	
-------	--