

交通事故による傷病届

被 保 険 者 に 関 す る 事 項	被 保 険 者 氏 名	保 險 種 別		国保・退職・後期高齢者・介護				
		被 保 険 者 番 号						
		明・大・昭・平 年 月 日生(男・女)		個 人 番 号				
	住 所	静岡県			電 話			
	人 身 傷 害 保 険 (補 償) 加 入 の 有 無	有・無	保 険 会 社 名			担 当 者		
			支 店 名			電 話		
	医 療 機 関 名							
介 護 事 業 所 名								
保 険 診 療 介 護 サ ー ビ ス 開 始 日	平成 年 月 日 (入院 通院)	平成 年 月 日 (入院 通院)	平成 年 月 日 (入院 通院)					
治 療 費 等 支 払 者	被 保 険 者 ・ 相 手 方 ・ 損 保 会 社 ・ 使 用 者		被 保 険 者 ・ 相 手 方 ・ 損 保 会 社 ・ 使 用 者		被 保 険 者 ・ 相 手 方 ・ 損 保 会 社 ・ 使 用 者			
事 故 状 況	事 故 発 生 日 時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃						
	事 故 発 生 場 所							
相 手 方 に 関 す る 事 項	住 所	氏 名						
		電 話						
	相 手 方 の 使 用 者 (相 手 方 が 従 業 中 の 時)	住 所				電 話		
		名 称 ・ 代 表 者 名						
	保 険 (共 済) 関 係			自 賠 責 保 険 (共 済)		任 意 保 険 (共 済)		
		保 険 (共 済) 契 約 者	住 所					
			氏 名					
保 険 (共 済) 会 社								
契 約 期 間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
保 険 (共 済) 証 明 書 番 号								
任 意 保 険 (共 済) 関 係	支 店 名			担 当 者		電 話		

上記のとおりお届けします。

届出人 (○で囲む) 被害者側・加害者側・保険代理人

平成 年 月 日

長 様

氏名

印

※保険種別が国保・退職の場合は個人番号を記載してください。

※お願い=交通事故証明書(原本又は、写)を添付してください。