

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	昭津花子			保険種別	国保・退職・後期高齢者・介護			
		明・大・昭 平〇〇年〇〇月〇〇日生(男・女)			被保険者番号	0123456			
					個人番号	9876545			
	住所	静岡県昭津市御幸町〇番〇号			電話	〇〇〇-〇〇〇〇			
	人身傷害保険(補償)加入の有無	有・無		保険会社名	駿東火災		担当者	駿東二郎	
				支店名	昭津支店		電話	〇〇〇-〇〇〇〇	
	医療機関名 介護事業所名	昭津市立病院							
保険診療 介護サービス 開始日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 (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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 午前・午後 〇〇 時 〇〇 分頃							
	事故発生場所	昭津市市場町〇番〇号							
相手方に関する事項	住所	昭津市三枝橋町〇番〇号			氏名	国保太郎			
					電話	〇〇〇-〇〇〇〇			
	相手方の使用者 (相手方が従業中の時)	住所	昭津市三園町〇番〇号			電話	〇〇〇-〇〇〇〇		
		名称・代表者名	(株)△△商事						
	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	昭津市三枝橋町〇番〇号			昭津市三枝橋町〇番〇号		
			氏名	国保太郎			国保太郎		
保険(共済)会社		□□損害保険(株)			(株)▼▼保険				
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		AB98765			4321-ZX				
任意保険(共済)関係	支店名	昭津支店		担当者	田方三郎		電話	〇〇〇-〇〇〇〇	

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

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 昭津市長 様

氏名 昭津花子 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。