

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		
			大昭平・令〇〇年〇〇月〇〇日生(男・女)		被保険者番号	0123456		
	住所		静岡県 昭津市御幸町〇番〇号		個人番号	9876545		
	人身傷害保険(補償)加入の有無		有・無		保険会社名	駿東火災		
					支店名	昭津支店		
	医療機関名 介護事業所名		昭津市立病院		担当者	駿東二郎		
	保険診療 介護サービス 開始日		〇〇年 〇〇月 〇〇日 (入院 通院)		電話	〇〇〇-〇〇〇〇		
治療費等支払者		被保険者・相手方・損保会社・使用者		電話	〇〇〇-〇〇〇〇			
事故状況	事故発生日時		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		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで				
保険(共済)証明書番号		AB98765		4321-2X				
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(〇で囲む) 被害者側・加害者側・保険代理人

令和 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。