

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		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		〇〇年 〇〇月 〇〇日 (入院 通院)		年 月 日 (入院 通院)		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		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(○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。