

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	国保 健太郎			保険種別	国保 ・ 退職
		明・大(昭)平 ×年 ×月 ×日生(男)・女)			被保険者番号	0123456(被保険者証の記号番号)
	住所	静岡県 三島市北田町4-47			あなたの契約する保険(人身傷害保険特約)で対応する場合、記入してください	
	人身傷害保険(補償)加入の有無	有・無	保険会社名	××損保	担当者	損保 花子
			支店名	〇〇支店	電話	055-123-6789
	医療機関名 介護事業所名	××病院		〇〇整形外科		
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	××市××町××番地				交通事故証明書でご確認ください

相手方	住所	××市××町××番地 〇〇ハイツ			氏名	加害 一郎
					電話	055-345-6789
	相手方の使用者 (相手方が従業中の時)	住所 名称・代表者名			電話	
	保	自賠責保険(共済)			任意保険(共済)	

※相手方の自賠責保険会社名、保険証明書(証券)番号は、交通事故証明書でご確認ください。

※任意保険欄は、相手方が任意保険で対応している場合記入が必要です。相手または損保担当者にご確認ください。その際、損保担当者名も必ず記入してください。

※保険契約期間はわかる場合のみ記入してください。(空欄でも可)

住所	××市××町××番地 〇〇ハイツ		××市××町××番地 〇〇ハイツ	
氏名	加害 一郎		加害 一郎	
種別	××海上火災		〇〇共済	
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	
担当者			電話	

届出人(○で囲む) 被害者側・加害者側・保険代理人

平成 ××年 ××月 ××日

署名、捺印を必ずお願いします

三島市長 様

氏名 国保 健太郎

国保印

※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。