

## 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		大・昭・平・令 年 月 日生(男・女)		保険種別	国保・退職・後期高齢者・介護				
	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				
事故状況	医療機関名									
	介護事業所名									
	保険診療 介護サービス 開始日		令和 年 月 日 (入院 通院)		令和 年 月 日 (入院 通院)		令和 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		令和 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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
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

令和 年 月 日

長 様

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※お願い＝交通事故証明書(原本又は、写)を添付してください。