

交通事故による傷病届

| | | | | | | |
|----------------------|--------------------|--------------|---|------------|--------------------------------|--------------------|
| 被保険者等 | フリガナ | | 生年月日 | | 年 月 日生()歳 | |
| | 氏 名 | | 性 別 | | 男・女 | 世帯主との続柄 |
| | 住 所 | | 長野県 | | 電話番号 () ー | |
| | 被保険者証 記号・番号 | | 心身の状況 | | 正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気() | |
| | 事故発生場所 | | 事故発生日時 | | 年 月 日 午前・午後 時 分頃 | |
| | 傷病名及び 傷病の程度 | | 治療の見込 | | 入院 日 通院 日 | 費用 円 |
| | 保 険 医 療 機 関 等 名 | | 治療等期間 | | 終了 年 月 日 ～ ～ ～ | |
| 相手方(第三者) | フリガナ | | 生年月日 | | 年 月 日生()歳 | |
| | 氏 名 | | 性 別 | | 男・女 | 職業 |
| | 住 所 | | 電話番号 | | () ー | |
| | 心身の状況 | | 正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気() | | | |
| | 車両保有者との関係 | | 1. 本人 (事故当事者と車両保有者が同じ場合) 2. 本人以外 (親族・従業員・その他()) | | | |
| | 自賠契約者との関係 | | 1. 本人 (車両保有者欄への記載は不要です) 2. その他() | | | |
| | 会社名 | | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 電話番号 | | () ー | |
| | 自賠責保険 | 保険有無 証書番号 | 有・無 | 第 号 | 電話番号 () ー | |
| | | 保 險 会 社 名 | | | 契 約 期 間 | 自 至 年 月 日 年 月 日 |
| | | 契 約 者 住 所 | | | 氏 名 | |
| 任意保険 | 保険有無 証書番号 | 有・無 | 第 号 | 電話番号 () ー | | |
| | 保 險 会 社 名 | | | | | |
| | 支店サービ スセンター | | | 担 当 者 | | |
| 上記のとおりお届けします。 | | | | | | |
| _____年 _____月 _____日 | | | 住 _____ | | | |
| | | | 電 () ー | | | |
| | | | <small>※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載</small> | | | |
| _____ 長 様 | | | 氏 _____ ㊞ | | | |

※ 次の書類を添付してください。

○交通事故証明書(人身事故)、念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通づつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。