

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 明・大・昭・平 年 月 日生(男・女)		保険種別		国保・退職・後期高齢者・介護						
			被保険者番号								
			個人番号								
	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				
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	保険(共済)契約者		住所		自賠責保険(共済)		任意保険(共済)			
				氏名							
		保険(共済)会社									
		契約期間		平成・令和 年 月 日から		平成・令和 年 月 日から					
平成・令和 年 月 日まで				平成・令和 年 月 日まで							
保険(共済)証明書番号											
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

函南町長様

氏名 _____

※お願い＝交通事故証明書(原本又は、写)を添付してください。