

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			保険種別	国保・退職・後期高齢者・介護										
				被保険者番号											
		大・昭・平・令 年 月 日生(男・女)		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			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		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで				平成・令和 年 月 日から 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 _____ 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。