

## 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		電話番号	( ) —		
	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	( ) —		
	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	( ) —		
	保 険 有 無 証 書 番 号		有・無	第 号	電話番号	( ) —
	保 險 会 社 名				契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日
	契 約 者 住 所				氏 名	
	保 険 有 無 証 書 番 号		有・無	第 号	電話番号	( ) —
	保 險 会 社 名				担 当 者	
支店サー ビスセンター						
上記のとおりお届けします。						
年 月 日			住			
			電 ( ) —			
<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。