

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 險 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 | | |
| | 医療機関名 介護事業所名 | | | | | | | |
| | 保 險 診 療 介護サービス 開 始 日 | 平成 年 月 日 (入院 通院) | 平成 年 月 日 (入院 通院) | 平成 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 | 平成 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 年 月 日から 平成 年 月 日まで | | | 平成 年 月 日から 平成 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

平成 年 月 日

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

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。