

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			被保険者番号			
	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			
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

小 山 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。