

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		長野県		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	～ ～ ～		
	フリガナ				生年月日	年 月 日生()歳		
相手方(第三者)	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()			
	車両所有者との関係		1. 本人(事故当事者と車両所有者が同じ場合) 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(車両所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	() —		
	自賠責保険	保険有無 証書番号	有・無	第	号	電話番号	() —	
		保険会社名			契約期間	自 年 月 日	至 年 月 日	
		契約者住所			氏名			
任意保険	保険有無 証書番号	有・無	第	号	電話番号	() —		
	保険会社名							
	支店サービスセンター			担当者				
上記のとおりお届けします。								
年 月 日				住所 _____				
				電話 () — <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				氏名 _____ (印)				

※ 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。