

交通事故による傷病届

被保険者等	フリガナ	オツヤマ リョウタ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日生(〇〇)歳		
	氏名	乙山 良太	性別	男・女	世帯主との続柄	本人
	住所	長野県 〇〇市〇町〇〇番地	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	被保険者証 記号・番号	〇〇・〇〇〇〇〇	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	〇〇市〇町〇〇番地先路上	事故発生日時	平成〇〇年〇月〇〇日 午前・午後〇〇時〇〇分頃		
	傷病名及び 傷病の程度	頸椎捻挫 骨盤骨折	治療の見込	入院 30 日 通院 15 日	費用 2,000,000 円	
	保険医療 機関等名	〇〇病院 〇〇整形外科 〇〇薬局	治療等期間	終了 平成〇〇年 〇月 〇日		
相手方(第三者)	フリガナ	コウノ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日生(〇〇)歳		
	氏名	甲野 太郎	性別	男・女	職業	会社員
	住所	〇〇市〇町〇〇番地 〇〇〇〇アパート〇〇〇号室	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	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())				
	自賠責約者 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	〇〇〇〇株式会社	住所	〇〇市〇〇〇〇番地 〇〇ビル		
	氏名	代表 〇〇 〇〇	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	自賠責保険 有無	(有)・無	第 ABC123456 号	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	保険会社名	〇〇火災保険株式会社		契約期間	自 平成〇〇年〇月〇〇日 至 平成〇〇年〇月〇〇日	
	契約者住所	〇〇市〇〇〇〇番地 〇〇ビル		氏名	〇〇〇〇株式会社 代表 〇〇 〇〇	
任意保険 有無	(有)・無	第 98-7654321 号	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
保険会社名	〇〇火災保険株式会社					
支店サービス センター	〇〇サービスセンター		担当者	〇〇 〇〇		
上記のとおりお届けします。						
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			住所 〇〇市〇町〇〇番地			
			電話 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
相手方の自賠責保険・任意保険の記載は必須						
〇〇市 長 様			氏名 乙山 良太		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。