

交通事故による傷病届

項 目		内 容		
(被 保 険 者 名 等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 〇〇・〇〇〇〇〇		
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな おつやま りょうた 氏 名 乙 山 良太	
	住所 / 電話	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
(被 害 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな おつやま りょうた 氏 名 乙 山 良太	生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所 / 電話	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
(加 害 者)	氏 名	ふりがな こうの たろう 氏 名 甲 野 太 郎	生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所 / 電話	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前 / 午後 〇〇時 〇〇分頃		
	事故発生場所	〇〇市〇〇町〇〇番地先路上		
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		
自 賠 責 保 険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇火災保険	ふりがな こうの たろう 氏 名 甲 野 太 郎	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 長野〇〇か〇〇〇〇	車台番号 〇〇〇〇〇	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	自賠責証明書番号 第 ABC123456 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇損害保険	担当部署 〇〇サービスセンター	
	取扱店所在地 / 電話	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
	担当者名 / E-mail	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇 氏 名 〇〇 〇〇	E-mail 〇〇〇@〇〇〇.jp	
	保険契約者名	ふりがな こうの たろう 氏 名 甲 野 太 郎		
	住所	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	契約番号 第 〇〇〇〇〇 号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入	保険会社名 〇〇損害保険	担当部署 〇〇サービスセンター	
	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	担当者氏名 〇〇 〇〇	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名	入 院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		〇〇病院		治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
		② 診療機関名	入 院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		〇〇整形外科		治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
		③ 診療機関名	入 院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		〇〇薬局		治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
傷病届作成日 / 作成支援の有無		令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。