様式第15号の2

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 | | |  |
| 個人番号 | | 本人・住基確認 | | |
| 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 | | | | | |
| 終了　　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 保険医療機関等名 | |  | | | 治療等期間 | ～ | | | | | |
|  | | | ～ | | | | | |
|  | | | ～ | | | | | |
| 相手方(第三者) | 事故当事者 | フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　月　日生(　　)歳 | | | | | |
| 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(　　　　) | | | | | |
| 車両保有者との関係 | 1．本人(事故当事者と車両保有者が同じ場合)  2．本人以外(親族・従業員・その他(　　　　　　　　　　　)) | | | | | | | | | |
| 車両保有者 | 自賠契約者との関係 | 1．本人(車両保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  　　　　　　　　　　　　　　　長　様 | | | | | 住所  電話(　　　　)　　　　―  　　※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載  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。