

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	昭・平・令 年 月 日生(男・女)		保険種別	国保・退職・後期高齢者・介護			
		被保険者番号						
		個人番号						
	住所				電話			
	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							
保険診療 介護サービス 開始日	令和 年 月 日 (入院 通院)	令和 年 月 日 (入院 通院)	令和 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	令和 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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
保険(共済)証明書番号								
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

令和 年 月 日

静岡県建設産業国民健康保険組合理事長様

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。