

項目		内容	
届出者・届出先	被保険者証記号番号/保険者名	被保険者証記号番号 XXXXXX	保険者名 〇〇市
	保険者の住所(届出先)	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな ひが いちろう 氏名 被害 一郎	印
被害者 (受診者)	氏名/性別/年齢	ふりがな ひが たろう 氏名 被害 太郎	男性 / 女性 XX 歳
	続柄/生年月日	届出者との関係 子	XX 年 XX 月 XX 日
	住所/電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXXX (XX) XXXX
	備考		
加害者 (第三者)	氏名/性別/年齢	ふりがな かがい じろう 氏名 加害 次郎	男性 / 女性 XX 歳
	住所/電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXXX (XX) XXXX
事故発生	事故発生日時	XX 年 XX 月 XX 日 午前 / 午後 XX 時 XX 分頃	
	事故発生場所	〇〇市△△町××番地	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	東海損害保険	
	保険契約者名	ふりがな かがい じろう 氏名 加害 次郎	
	登録番号	〇〇 × × × 〇 × × × ×	
	車台番号	〇〇〇〇 - × × × ×	
	保険期間/自賠責番号	保険期間 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	自賠責番号 第 XXXXXXXX 号
任意保険 (加害者)	保険会社名	あんしん損害保険	
	取扱店所在地/電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXXX (XX) XXXX
	担当者名/E-mail	ふりがな そんぼ かずお 氏名 損保 一夫	E-mail XXXX @ XXXXXXXX
	保険契約者名	ふりがな かがい じろう 氏名 加害 次郎	
	住所	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	
	保険期間/契約番号	保険期間 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	契約番号 XXXXXXXX
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	TEL ニッポン交通共済 担当: 共済花子 XXXX (XX) XXXX
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話	診療機関名 〇〇病院	治療開始日 XX 年 XX 月 XX 日 TEL XXXX (XX) XXXX
	所在地	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	入院の有無 有 / 無
	診療機関名/治療開始日/電話	診療機関名 〇〇接骨院	治療開始日 XX 年 XX 月 XX 日 TEL XXXX (XX) XXXX
	所在地	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	入院の有無 有 / 無
<p>本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。</p> <p>(注)保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。 (自賠責共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)</p>			