

届出者	被保険者証 記 号 番 号		被保険者 氏 名		⑥	職種		
	事業所名 (勤め先)				所在地 (勤め先)	〒	TEL ()	
被害者 (受診者)	氏名	男 才 女		続柄		住所	〒 TEL ()	
	事 故 内 容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他()						
	警察への届出有無	有 : 人身事故・物損事故 ※注1 () 警察署 無 : (理由)						
加害者 (第三者)	氏 名	男 才 女		住所	〒	TEL ()		
	勤務先 又は職業			所在地	〒	TEL ()		
加害者が不明の理由								
事故 発生	年 月 日 (曜) 前 時 分 後			発 生 場 所	市 町 郡 村			
過失の度合	(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			(相手) 加害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		
事 故 の 相 手 の 自 動 車 保 険 加 入 状 況								
傷 病 が 交 通 事 故 に よ る と き	自 賠 責 保 険	保険会社名			取扱店 所在地	〒	TEL ()	
		保険契約者名 (名義人)			住 所 (所在地)			関 係 保有者との 加害者との
		自動車の種別		府県名		登録番号		車台番号
		自賠責証明書番号			保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
		自動車の保有者名			住 所 (所在地)		加害者との 関 係	
任 意 保 険	任 意 保 険	保険会社名	火災海上欄 農協		取扱店 所在地	〒	担当者名 TEL ()	
		保険契約者名			住 所 (所在地)	〒		
		契約証書番号			保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
		保険契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		任意一括について ※注2 有 ・ 無			

物損事故 処理した 場合	別途「 <u>人身事故証明入手不能届</u> 」の 提出を求める場合があります。
--------------------	---

任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。

受付日付印

特種東海健康保險組合