

項目		内容		
(被保険者名等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 仙台 123××××	保険者名 仙台市	
	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 せんだい たろう 氏名 仙台 太郎 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 仙台市●●区●●● ●丁目●-●	生年月日 昭和〇年〇月〇日 TEL 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇
		住所 / 電話		
(受診者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな せんだい はなこ 氏名 仙台 花子 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 仙台市●●区●●● ●丁目●-●	届出者との関係 妻 生年月日 昭和〇年〇月〇日 TEL 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
	住所 / 電話			
(加害者) 第三者	氏名	ふりがな あおば じろう 氏名 青葉 次郎	日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。	
	住所 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 仙台市●●区●●● ●丁目●-●	TEL 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
事故発生状況	事故発生日時	令和〇年〇月〇日	午前 午後 〇時〇分頃	
	事故発生場所	仙台市●●区●●● ●●交差点		
	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)		
自賠償保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ●●海上火災保険	ふりがな あおば じろう 氏名 青葉 次郎	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 仙台123 あ 45-67	車台番号 〇〇〇〇〇〇〇	
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	自賠償証明書番号 第 〇〇〇〇〇〇〇〇 号	
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●損害保険	担当部署 〇〇〇〇課	
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 仙台市●●区●●● ●丁目●-●	TEL 022(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
	担当者名 / E-mail	ふりがな わかばやし いずみ 氏名 若林 泉	E-mail ●●●●●●@●●●●●●	
	保険契約者名	ふりがな あおば じろう 氏名 青葉 次郎		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 仙台市●●区●●● ●丁目●-●		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	契約番号 第 〇〇〇〇〇〇〇〇 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 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 ●●●●保険	担当部署 〇〇〇〇課	
		担当者氏名 太白 一郎	TEL 022(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 ●●病院	入院 有 / 無 治療開始日 令和〇年〇月〇日 治療終了(見込) 令和〇年〇月〇日	
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 仙台市●●区●●● ●丁目●-●	TEL 022(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
		② 診療機関名	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒	TEL ()	
		③ 診療機関名	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒	TEL ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和〇年〇月〇日	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、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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。