

令和 99 年 99 月 99 日

記入例

阿久比町長 様

世帯主 住所 阿久比町大字卯坂字殿越50番地

氏名 阿久比 太郎

下記のとおりお届けします

電話 0569-48-1111

事故発生日	令和 ● 年 ○ 月 × 日 午(前) ● 99 時 99 分	事故発生場所	阿久比町..... (住所・近くの施設名など、場所がわかるように)			
事故原因と状況	信号待ちをしていたところ、追突された。(負傷時の状況がわかるように)					
被害者名 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号	999999	職業	自営業		
	フリガナ	アグイ ハナコ	続柄	妻		
	氏名	阿久比 花子	生年月日	(大・昭●平・令) 9 9 年 ○ 月 × 日		
第三者 に 関 する 事 項	運転者	氏名	半島 一郎	生年月日	(大・昭●平・令) 9 9 年 △ 月 □ 日	
		住所	(〒 999 - 9999) 阿久比町大字××字.....			
		職業	会社員	電話	000 (000) 0000	
	保有者	氏名	同上	生年月日	(大・昭●平・令) 年 同 上 月 日	
		住所	同上			
		職業	同上	電話	(同上)	
契約者	運転者との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()				
任意保険 (対人)	自賠責 保険	有	氏名	同上	生年月日	(大・昭●平・令) 年 同 上 月 日
		無	住所	同上		
	任意保険 (対人)	有	氏名	同上	電話	(同上)
		無	住所	同上		
任意保険 (対人)	有	保険会社	〇〇〇損害保険	証明書 番号	999-999-9999	
		支店名	課名	担当者名	阿久比支店 サービス課 山田	
	無	証券番号	11111-11111			
当 初	医療機関の所在地・名称(氏名)	骨折	初診日	令和 ● 年 ○ 月 ▲ 日		
		骨折	保険診療	有 ・ 無		
転医後	医療機関の所在地・名称(氏名)	同上	保険診療 開始日	令和 ● 年 ○ 月 △ 日		
		同上	診療見込期間	R●.○.△~R●.×.×		
			診療見込金額	10,000 円		

注意 この申請書を次の書類を添付して提出してください。

- 委任状
- 事故発生状況報告書
- 交通事故証明書
- 念書等