

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

下記は事実に相違ありません。

なお、本件について貴社が必要とする事項を関係者等に照会、または事実確認することに同意します。

記入日	令和 年 月 日
-----	----------

保険証券番号	表示がない場合はご記入ください。 14XXXXXXXXXXXX 14XXXXXXXXXXXX 14XXXXXXXXXXXX 14XXXXXXXXXXXX 14XXXXXXXXXXXX
--------	--

受付番号 11XXXXXXXX

受取人 請求権者	氏名 (自署)	様
親権者 または 後見人 (自署)	親権者・後見人からのご請求の場合は、請求書をご記入いただいた親権者・後見人がご記入ください	
		様

1. 受傷状況(事故またはケガ等の状況)

被保険者 (受傷者)	フリガナ 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXX	性別	1	生年月日	2X 2X年 2X月 2X日
---------------	---	----	---	------	----------------

受傷日時	年 月 日	午前	時	分頃
------	-------	----	---	----

受傷場所	
------	--

受傷状況(原因)	事故またはケガ等の状況

2. 交通事故の場合にご記入ください。

印をご記入ください	① 運転中 ② 同乗中 ③ 歩行中 ④ その他	→	必ずご記入ください	運転中の場合	免許の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無資格	免許証番号	年 月 日
				印をご記入ください	免許証種類	<input type="radio"/> 大型 <input type="radio"/> 中型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 大特 <input type="radio"/> 大型一輪 <input type="radio"/> 普通一輪 <input type="radio"/> 原付 <input type="radio"/> 大型二 <input type="radio"/> 普通二 <input type="radio"/> その他		
					有効期限			
					警察への届出	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	届出警察署	署