

被害者	被保険者	記号 1111	フリガナ	ケンボ タロウ		
		番号 1111	氏名	健保 太郎		
	現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇			TEL 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称	〇〇信用組合			
		所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 TEL 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ				続柄	
	氏名	昭・平・令 年 月 日生(才)				

事故相手	加害者	フリガナ	ギョウム マサオ			
		氏名	業務 正夫			
	現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 TEL 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				
	加害者の勤務先	名称				事業の内容又は職業
		所在地	TEL ()			
加害者の住所氏名が不明の場合その理由						

事故の内容	傷病名	頸部捻挫		損害の程度	全治 1 ヶ月	
	事故発生日・場所	事故日時	平成 4 年 4 月 2 日 (土) 午前 2 : 30 頃			
		場所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目の交差点			
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外()			
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外()			
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし・不明 *注1		届出署	〇〇 警察署	
	過失の度合(わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)			
相手(加害者)の過失		0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)				

示談状況	示談は成立していますか	成立している	平成 年 月 日 成立
		成立していない・交渉中	平成 4 年 4 月 10 日 現在
	成立していない場合はその理由	まだ治療中であり、請求額が未確定のため	
請求権を放棄した場合	平成 年 月 日	理由	

*注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名	〇〇保険(株)		
			所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 TEL 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
		契約期間	令和2年 6月 1日 ~ 4年 5月 31日	フリガナ	キョウム マサオ	
		証明書番号	ABCDE12345	契約者	業務 正夫	
	任意保険	自賠責保険	保険会社名	〇〇保険(株)		
			所在地	〒 - 同上 TEL 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
		契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	任意一括	有・無	
		証明書番号	FGHIJ6789	*注2	有・無	
	個人賠償責任保険等	保険会社名				
		所在地	〒 - TEL ()			
契約期間		年 月 日 ~ 年 月 日	フリガナ			
	証明書番号					
	契約者					
被害者の人身傷害保険	加入の有無	あり・なし	保険会社名	担当者		
			TEL	()		

治療状況	医療機関	名称	〇〇病院		
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 TEL 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	治療期間	平成 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 日)	通院		
	転院した場合	平成 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 日)	通院		
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み・不明			
治療費の支払方法	健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)・その他()				

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況	すでに請求済 現在のところ未請求			
	相手方からの損害賠償金等の受領状況	受領済 受領していない			
	*加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。				
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間 × 日額	=	日間 円
		葬祭費	円	その他	円
見舞金		円	(合計額)	円	
受領方法	一括	平成 年 月 日 受領			
	分割()回払い	1回目	円	平・令 年 月 日 受領	
		2回目	円	平・令 年 月 日 受領	
3回目		円	平・令 年 月 日 受領		

*注2 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

受付印