

本人・家族

(その1)

◎該当文字を○で囲み、必要事項を記入してください。

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	—		氏名			印	
		現住所	(〒 — )		TEL			
	被害者が勤務 している事業所	名称						
		所在地	(〒 — )		TEL			
	被扶養者がうけた 事故であるとき	氏名			被保険者 との続柄			
	加害者	氏名			生年月日	大・昭・平 年 月 日		
現住所		(〒 — )		TEL				
加害者の勤務先	名称又 は氏名			事業内容 又は職業				
	所在地 又は住所	(〒 — )		TEL				
加害者の住所氏名 が分らないとき	その理由							
事故内容	傷病名			発 生 年 月 日	令和 年 月 日	午前・後 時 分頃		
	発生の場所							
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・その他( ) 自転車 刺傷						
	事故結果	即死・入院直後の死亡(死亡年月日)・治癒 入院中の死亡						
	警察官の立合	あった・ない・ないが届出済・わからない						
	所轄署			警察署		派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ			相手がなんぶ			
0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10			0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10					

この届に添えて 提出する書類	自動車の 事故の ときは	1 自動車事故証明書
		2 事故発生状況報告書
		3 診断書
		4 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

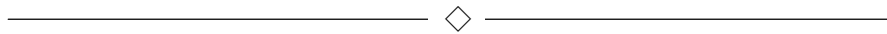
受付印



(その2)

加害者の加入自動車況	責任保険加入の有無	ある・ない		保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
	保険加入証明記号番号	第 号		契約者氏名		
	(自賠責) 契約保険会社	名称			担当者	
		所在地	(〒 - ) TEL			
(任意) 契約保険会社	名称			担当者		
	所在地	(〒 - ) TEL				
示談状況	示談が成立	交渉中	令和 年 月 日 現在		請求権を放棄した	
	令和 年 月 日	成立していない			令和 年 月 日	
		示談が成立していない理由		放棄した理由		
損害賠償の請求および支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	した(請求者名 ) ・ しない ・ 請求中				
	加害者に対する損害賠償の請求	していない ・ した 年 月 日		口頭・文書	治療費 円 休業補償 円 その他 円	
	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償				
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	賠償金の内訳	治療費(入院費を含む)	円		
			休業補償費	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	1日につき 日分 計	円 円
			葬祭費	円		
			慰籍料	円		
			見舞金	円		
			障害補償費	円		
			その他	円		
合計	円					
受領方法および年月日	全額	令和 年 月 日 受領				
	分割 ( )回払	第1回	円 年 月 日 受領			
		第2回	円 年 月 日 受領			
	第3回	円 年 月 日 受領				

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない	
	医療機関	名称		
		所在地	(〒 - ) Tel	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他( )		
	治療開始	令和 年 月 日 入院・通院		
	転帰	(令和 年 月 日 現在) 現在入院中・通院加療中・治癒・中止		
	入院治療期間	入院 自令和 年 月 日～至 令和 年 月 日 通院 自令和 年 月 日～至 令和 年 月 日		
	後遺症	ある・ある見込・ない・ない見込		
治療見込	令和 年 月 日から約 日 ぐらい			



この欄は記入する必要ありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 至 日間		
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 至 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			