

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			
				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	昭・平・令 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

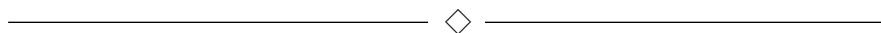
◎自動車事故であつて「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出するときは、この頁に記入する必要はありません。

事故発生 の 状 況	<p>加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動を わかりやすく、詳しく記入してください。</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
事故現場 の 見 取 図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を 赤点線をもって表示してください。</p>

(その2)

加害者の自動車況	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		請求権を放棄した						
	令和 年 月 日	成立していない	現在		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	<table border="0"> <tr> <td>治療費</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>休業補償</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>円</td> </tr> </table>	治療費	円	休業補償	円	その他	円
	治療費	円									
	休業補償	円									
	その他	円									
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償								
		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	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			