

事故の相手の自動車保険加入状況

傷病が交通事故による時	自 賠 責 保 険	保険会社名	〇〇〇 損害保険株式会社		取扱店 所在地	△△△ 支店 TEL 000-000-0000 〇〇県 〇〇市 〇〇〇 2-10			
		保険契約者名 (名義人)	加害 一朗		住所	△△市△△△町 1-5-200		保有者との関係 加害者との関係	本人
		自動車の種別	普通乗用	都道府県名	〇〇県	登録番号	〇〇000た00-00	車台番号	〇〇RZQ〇〇
		自賠責証明書 番号	ABCD000-JK000			保険期間	自 ▲▲00年 00月 00日 至 ▲▲00年 00月 00日		
		自動車の保有者	加害 太郎		住所	△△県 △△△市 △△ 1-1	加害者との 関係	父	
	任 意 保 険	保険会社名	■■■ 損害保険		取扱店 所在地	XXX 支店 TEL 000-000-0000 △△県△△市△△△町 4-12-20			
		保険契約者名	加害 一朗		住所	△△市△△△町 1-5-200			
		契約証書番号	XXX-0000-RSTUZX		保険期間	自 ▲▲00年 00月 00日 至 ▲▲00年 00月 00日			
		保険契約期間	▲▲00年 00月 00日 ~ ▲▲00年 00月 00日				◆任意一括について 有 ・ 無		

◆「任意一括」とは、自賠責保険のみの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合を指します。

●「物損事故」で処理した場合、別途「人身事故入手不能届」の提出を求める場合があります。

治 療 の 状 況	(1)	医療機関名称	〇〇〇病院	入院	▲▲00年 00月 0 日から ▲▲00年 00月 00日まで		
		所在地	〇〇県 □□□市 〇〇町 000-00	通院	年 月 日から 年 月 日まで		
	(2)	医療機関名称		入院	年 月 日から 年 月 日まで		
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで		
	(3)	医療機関名称		入院	年 月 日から 年 月 日まで		
		所在地		通院	年 月 日から 年 月 日まで		
治療終了見込 (治療終了日)		▲▲00年 00月 00日頃 (年 月 日終了)		*治療を終了した場合は、最終の受診日を記入			

※治療費の支払が健康保険によるものでない場合は、申し出てください。

▲▲00年 00月 00日

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町 3-1-1
被保険者 氏 名 健 保 太 朗

