

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			取扱店 所在地	TEL			
		保険契約者名 (名義人)		住所		保有者との関係			
						加害者との関係			
		自動車の種別		都道府県名		登録番号		車台番号	
		自賠責証明書 番号				保険期間	自	年	月
					至	年	月	日	
	自動車の保有者				住所			加害者との 関係	
	任 意 保 険	保険会社名			取扱店 所在地	TEL			
		保険契約者名			住所				
		契約証書番号			保険期間	自	年	月	日
				至	年	月	日		
保険契約期間	年 月 日 ~ 年 月 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		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
	(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)		年 月 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。

年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

㊟