



(自動車保険) ※は記入しないで下さい

種別	加害者の強制保険(自賠責)		加害者の任意保険		
項目	24. 加入の有無		24. 加入の有無		
24. 加入の有無	1. 加入 ・ 2. 未加入		1. 加入 ・ 2. 未加入		
25. 賠償保険			1. 対人賠償保険に加入 ・ 2. 未加入		
26. 保険契約期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで			
27. 保険加入号	第 号		第 号		
28. 保険契約者の	住所	〒 方	〒 方		
	氏名				
	連絡先 TEL	( )	( )		
29. 契約会社の	住所	〒 内	〒 内		
	社名				
	※担当者	※TEL	※TEL		
30. 加害者の	所有者・関係者	1. 本人 2. 従業員 3. 親族(続柄 ) 4. 他 ( )	左記に同じ		
	職業	男女	左記に同じ		
	連絡先 TEL		左記に同じ		
31. 示談	成立	年 月 日	31.1 未成立の理由		
	交渉中	年 月 日 現在			
	未成立	年 月 日 現在			
	放棄	年 月 日			
32. 治療状況	治療を受けましたか		1. うけた ・ 2. うけない		
	治療を受けたとき	医療機関の	1	名称	
			所在地	TEL	
	治療を受けたとき	医療機関の	2	名称	
			所在地	TEL	
	治療を受けたとき	支払方法		1. 健保・2. 加害者負担・3. 他 ( )	
		治療開始	1	年 月 日	入院 ・ 通院
2	年 月 日		入院 ・ 通院		
治療を受けたとき	治療状況		年 月 日		
			1. 入院中 ・ 2. 通院中 ・ 3. 治ゆ ・ 4. 中止		

治療状況	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間			
	通院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間			
	治療見込期間	治療開始より 約 日間・ カ月間				
	後遺症	1. ある 2. ある見込 3. ない 4. ない見込				
損害賠償の 請求および 支払状況	賠償金の内訳 〔加害者直接賠償額・ 保険会社からの賠償〕	33. 治療費(含入院費)	円			
		34. 休業保償料	年 月 日から 年 月 日 まで 1日につき 円・計 円			
		35. 慰謝料	円			
		36. 見舞金	円			
		37. 損害保償費	円			
		38. 葬祭料	円			
		39. その他	円			
		40. 計	円			
		加害者から 賠償を うけたとき	受領方法 および 受領年月日	分割 回払	41. 1	年 月 日 受領 円
					2	年 月 日 受領 円
3	年 月 日 受領 円					
4	年 月 日 受領 円					
5	年 月 日 受領 円					
6	年 月 日 受領 円					
		計	円			

〔被害時から留意・実施する事項〕

1. 交通事故証明書1通をすみやかに健康保険組合へ提出して下さい。
2. 治療をはじめた日から、治療にかかった費用を日付順に適宜の用紙に記入して、その領収書を受けとること。
3. 交通機関を利用したとき、利用区間およびその運賃をも明記すること。  
タクシーを利用したときは、領収書を受けとること。
4. 加害者との話し合いの近況を健保組合と密に連絡をとること。
5. 強制保険(自賠責)に対しては被害者請求をする旨、加害者へ連絡をとること。  
請求時には健保組合から連絡をとりますから、その時は必要書類を提出していただきます。

※2の様式例

月 日	費用明細	金額	領収書No
計		円	