

加害者の自動車 加入状況	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 至	年 年	月 月	日 日	
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者 氏名					
	契約保険会社	名称						
		所在地						
示談状況	示談が成立	交渉中	年 月 日			請求権を放棄した		
	年 月 日	成立していない	現在			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	年 月 日	していない・した	治療費	円	休業補償	円	
			口頭・文書	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)から損害賠償を受けたとき	賠償金の内訳	治療費 (入院費含む)					円
			休業補償費	自 年 月 日 1日につき			円	
				至 年 月 日 計			円	
			葬 祭 費					円
			慰 謝 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	受領方法	全 額	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						

治療状況を 受けました とき	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	年 月 日	入院	通院
	転帰	(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 年 月 日	～ 至 年 月 日
		通院	自 年 月 日	～ 至 年 月 日
後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込			
治療見込	年 月 日から 約 日 くらい			

この欄は記入する必要はありません

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 _____ 日間 至 _____		
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 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			