

事故発生状況報告書

保険証明書 番 号	第 号		当 事 者	甲(加害運転者)	氏 名 TEL	
自動車の番号				乙(被 害 者)	氏 名 TEL	運転、同 乗 歩行、その他
天 候	晴、曇、雨、雪、霧	交通状況	混雑、普通、閑散		明、暗	昼間、夜間、明け方、夕方
道 路 状 況	舗装 してある 歩道(両、片) あ る してない な い		直線、カーブ			
	平坦、坂	見通し 良 い 悪 い				
信号又は標識	信号 あ る な い	駐車禁止 されている されていない	のその他の標識			
速 度	甲車両 km/h (制限速度 km/h)		乙車両 km/h (制限速度 km/h)			
し事 て故 下現 さ場 いに 於ける 自動車と 被害者との 状況を 図示	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい) <!-- Diagram area for accident scene --> 自 動 車  相 手 車  進 行 方 向  信 号  一 時 停 止  人 間  自 転 車  オ ー ト バ イ					
下上 さ記 い図 の 説 明 を 書 い て						
平成 年 月 日 報告者 甲との関係 () 乙との関係 () 						

治 療 状 況 に つ い て	医療機関	名称及び担当医	
		所在地	〒 ー
			電話番号
	支払方法	加害者負担※ ・ 自費 ・ 健康保険 ・ その他（ ）※	
	治療期間		
	転 帰	（平成 年 月 日現在）	
		現在入院中 ・ 通院治療中 ・ 治癒 ・ 中止	
	入院治療期間	入院：自 平成 年 月 日 ～ 至 平成 年 年 月 日	
		通院：自 平成 年 月 日 ～ 至 平成 年 年 月 日	
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込	
治療期間見込	平成 年 月 日から 約 日 / ヶ月 くらい		
※印について 具体的な内容をご明 記ください。 示談がある場合は、 「示談状況につい て」（別紙）をご記 入ください			

届出後の留意事項

この届出を提出した後で次のようなときは必ず文書で報告してください。

1. 転院（病院を変える）したとき。
2. 同時にほかの病院にも健康保険で治療を受けるとき。
3. 負傷した病気が治ったとき。
4. 健康保険での治療を中止して、自賠責、自費または加害者が直接治療費を病院に払うようになったとき。
5. 届出後に見舞金、治療費、慰謝料、自賠責仮渡金、保険金等を受領したとき。

※4. 5. については、「示談状況」（別紙）にご記入ください。

示談状況について

示談状況	1. 示談が成立		成立日：平成 年 月 日								
	2. 交渉中		平成 年 月 日現在交渉中								
	3. 示談が成立していない		成立していない理由								
	4. 請求権を放棄した		放棄日：平成 年 月 日								
放棄した理由											
損害賠償の請求及び支払状況	自動車事故のとき 保険会社からの賠償金の受領は			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		／ 年 月 日 口頭 ・ 文書		治療費 円			
				した				休業補償 円			
						その他 円					
	第三者からの損害賠償を受けたとき	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（入院費含む）								
			休業補償費	自 平成 年 月 日	1日につき 円						
				至 平成 年 月 日	日分 円						
			葬祭費	円							
			慰謝料	円							
			見舞金	円							
			障害保障費	円							
			その他	円							
			合計	円							
	受領方法及び年月日	全額	平成 年 月 日 受領								
		分割 ()回払い	第1回								
			第2回								
第3回											
付記											