

被害者	被保険者	記号	353	フリガナ	マルマル マルマル		
		番号	1025	氏名	〇〇 〇〇 印		
	現住所	〒300-0000 埼玉県〇〇市〇〇町1丁目2番地			TEL090 (0000)0000		
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称	株式会社△△△				
		所在地	〒300-0000 埼玉県〇〇市〇〇町3丁目4番地 TEL ()				
被扶養者が被害者であるとき	フリガナ				続柄		
	氏名	昭・平・令 年 月 日生(才)					

事故相手	加害者	フリガナ	ハツハツ ハツハツ		
		氏名	×× ××		
	現住所	〒300-9999 埼玉県〇〇市〇〇町1234番地 TEL090 (0000)〇〇〇〇			
	加害者の勤務先	名称	〇〇〇〇株式会社	事業の内容又は職業	
所在地		東京都〇〇区〇〇5丁目67番地 TEL 03 (0000)0000		営業	
加害者の住所氏名が不明の場合その理由					

事故の内容	傷病名	頸椎捻挫	損害の程度	全治	2週間	ヶ月
	事故発生日・場所	事故日時	平成(令和) 2年 12月 4日(土) 午前(午後) 2:00 頃			
		場所	埼玉県〇〇市××町〇〇丁目〇〇番地			
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外()			
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外()			
	所轄警察署	警察に届出済・届出なし・不明		届出署	〇〇 警察署	
過失の度合(わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)				
	相手(加害者)の過失	0. 10. 20. 30. 40. 50. 60. 70. 80. 90. 100 (%)				

示談状況	示談は成立していますか	成立している	平成・令和 年 月 日	成立
		成立していない(交渉中)	平成(令和) 3年 1月 6日	現在
	成立していない場合はその理由			
請求権を放棄した場合	平成・令和 年 月 日	理由		

加害者の賠償保険加入状況	自動車保険	自賠責保険	保険会社名	〇〇損害保険株式会社		
			所在地	〒100-0000 東京都××区〇〇町1丁目23番地 TEL 03 (0000)0000		
		契約期間	2020年 5月 1日 ~2022年 4月30日	フリガナ	ハツハツ ハツハツ	
		証明書番号	00Q0000000	契約者	×× ××	
	任意保険	任意保険	保険会社名	株式会社□□損保〇〇支社		
			所在地	〒300-0000 埼玉県〇〇市□□2丁目34番地 TEL 04 (0000)0000		
		契約期間	2020年 5月15日~2021年 5月14日	任意一括	◎・無 *注	
		証明書番号	11A1111111			
	個人賠償責任保険等	個人賠償責任保険等	保険会社名			
			所在地	〒 - TEL ()		
契約期間			年 月 日~ 年 月 日	フリガナ		
		証明書番号				
被害者の人身傷害保険	加入の有無	あり ◎なし	保険会社名	担当者		
			TEL	()		

治療状況	医療機関	名称	〇〇総合病院			
		所在地	〇〇市××5丁目67番地 TEL ()			
	治療期間	平成・令和 2年 12月 4日から(入院 自 月 日 至 月 日)	◎通院			
	転院した場合	平成・令和 年 月 日から(入院 自 月 日 至 月 日)	通院			
	後遺症	ある・ある見込み・ない ◎ない見込み・不明				
治療費の支払方法	◎健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠償支払)・その他()					

損害賠償	相手方に対する損害賠償の請求状況		すでに請求済 ◎現在のところ未請求			
	相手方からの損害賠償金等の受領状況		受領済 ◎受領していない			
	*加害者や保険会社から賠償金を受領した場合のみ下欄にご記入ください。					
	賠償金の内訳	治療費	円	慰謝料	円	
		休業補償費	月 日から 月 日までの 日間 ×日額	=	日間 円	
		葬祭費	円	その他	円	
		見舞金	円	(合計額)	円	
受領方法	一括	平成・令和 年 月 日 受領				
	分割()回払い	1回目 円	平成・令和 年 月 日受領	2回目 円	平成・令和 年 月 日受領	
		3回目 円	平成・令和 年 月 日受領			

*注 任意一括とは、自賠償保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

受付印