

負傷原因届(2)

A (本人記入)

③ 受診医療機関情報	医療機関名称	所在地・電話		治療期間(入院・通院)		診療費の支払方法		
	〇〇病院	岡山市〇〇区〇〇町 電話(086)123-9999		入院:12月12日～ 通院:12月12日～現在も治療中		健康保険・自賠責保険・自費 その他()		
	〇〇薬局	岡山市〇〇区〇〇町 電話(086)456-9999		入院:12月12日～ 通院:12月12日～現在も治療中		健康保険・自賠責保険・自費 その他()		
		電話() -		入院:12月12日～ 通院:12月12日～		健康保険・自賠責保険・自費 その他()		
	年12月20日現在		治ゆ・中止・治療中		治ゆ見込み		負傷年月日から約6ヶ月日後	
後遺症		残らない・残る(残る場合はその程度)→						
④ 第三者行為及び自損事故(単独事故)による傷病の場合記入	警察への届出		届出済		所轄署		岡山市中央警察署・派出所・届出なし	
			事故証明書	発行済・未・無	相手方の有無	有(下記に詳細を記入)・無		
	相手方	氏名	加害 浩一		生年月日	年〇〇月〇〇日生		
		住所	岡山県岡山市南区〇〇町1丁目1番地1号		電話	(086)999-9999		
		勤務先名称	〇〇建設株式会社		電話	(086)987-6543		
		相手方の状況	仕事中・私用中・その他()・不明(その理由)					
	自動車事故のとき(相手方車両)	自動車保有者	氏名	加害 花子		相手方との関係	本人・その他() 母親()	
			住所	岡山県岡山市南区〇〇町1丁目1番地1号				
		保険契約者	氏名	同上		相手方との関係	本人・その他() 母親()	
			住所	同上				
		自動車の区分	区分(車種)	普通自動車		登録番号(ナンバー)	岡山 33 あ 〇〇-〇〇	
		自賠責保険		加入の有無		有 無		
		保険会社の名称・連絡先		損保〇〇〇〇株式会社 電話(086)111-1234				
		保険会社の所在地		岡山県岡山市〇〇町〇丁目〇番地〇号				
		自賠責保険証明書番号		第 123456789 号	契約期間		〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日	
		任意保険		加入の有無		有 無		
	自動車事故のとき(当方車両)	自動車保有者	氏名	健保 太郎		保有者との関係	本人・その他() 父親()	
			住所	岡山県岡山市北区南方〇丁目〇番地〇号				
		保険契約者	氏名	同上		契約者との関係	本人・その他() 父親()	
			住所	同上				
自動車の区分		区分(車種)	普通自動車		登録番号(ナンバー)	岡山 500 あ 〇〇-〇〇		
任意保険		加入の有無		有 無				
人身傷害補償保険の付帯		有 無						
保険会社の名称(支店名)・連絡先		〇〇〇〇保険株式会社 支店 電話(03)1234-5678						
保険会社の所在地		東京都港区〇〇〇〇 担当者氏名						
自動車保険証書番号		第 ABC-1234 号	契約期間		〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日			
示談等の状況		年 月 日 成立		年 月 日 本訴・調停・和解・申請中		年 月 日 結審		
(示談成立しているときはその写しを添付して下さい。)								

自賠責保険、任意保険の連絡先は必ずご記入ください