

被害者	被保険者	記号	10	フリガナ	ケンボ タロウ		
		番号	1111	氏名	健保 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span>		
	現住所	〒000-0000 東京都港区南青山0-0-0			TEL	00(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 健康保険社				
		所在地	〒000-0000 東京都千代田区霞ヶ関0-0-0			TEL	00(0000)0000
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	ギョウム マサオ					
		氏名	業務 正夫 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭平</span>					
		現住所	〒000-0000 東京都港区赤坂0-0-0			TEL	00(0000)0000	
	加害者の勤務先	名称				事業の内容又は職業		
		所在地	TEL ( )					
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	右腕の骨折			損害の程度	全治 1 ヶ月	
	事故発生日・場所	事故日時	令和元年10月1日(日) <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午前</span> 2:15頃 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午後</span>				
		場所	東京都港区南青山2丁目の交差点				
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">自動車</span> ・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外( )				
		加害者(事故相手)	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">自動車</span> ・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外( )				
	所轄警察署	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">警察に届出済</span> ・届出なし・不明 *注1			届出署	赤坂 警察署	
	過失の度合(わかる範囲で)	自分(被害者)の過失	0. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">10</span> . 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. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">90</span> . 100 (%)					

示談状況	示談は成立していますか	成立している	令和 年 月 日 成立			
		<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">成立していない</span> 交渉中	令和 1 年 10 月 10 日 現在			
	成立していない場合はその理由	まだ治療中であり、請求額が未確定のため				
	請求権を放棄した場合	令和 年 月 日	理由			

\*注1 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

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	日本海上火災保険(株)		
			所在地	〒160-0000 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇 TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇		
		契約期間	1年6月1日 ~ 3年5月31日	フリガナ	ギョウム マサオ	
		証明書番号	ABCDE12345	契約者	業務 正夫	
	任意保険	保険会社名	日本海上火災保険(株)			
		所在地	〒 - 同上 TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇			
		契約期間	1年6月1日 ~ 3年5月31日	任意一括	有 無	
		証明書番号	FGHIJ6789	*注2		
	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			契約者			
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	健康保険大学医学部附属病院		
		所在地	東京都港区南青山〇-〇-〇 TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇		
	治療期間	令和元年10月1日から (入院自10月1日 至10月9日) 通院			
	転院した場合	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(自賠責支払)・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	令和 年 月 日 受領			
	分割( )回払い	1回目	円	令和 年 月 日受領	
		2回目	円	令和 年 月 日受領	
	3回目	円	令和 年 月 日受領		

\*注2 任意一括とは、自賠責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