

加害者の自動車保険加入状況

(その2)

自賠責保険		
自賠責保険加入の有無	ある ・ ない	
契約保険会社	名称	電話番号
	所在地	〒
保険契約者	氏名	
	住所	
保険加入証明記号番号		
保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
任意保険		
任意保険加入の有無	ある ・ ない	
契約保険会社	名称	電話番号
	所在地	〒
保険加入証明記号番号		

保険給付損害賠償請求先保険会社

請求先保険会社	名称	
	所在地	〒
	担当者名	電話番号

示談状況

示談が成立	成立年月日	令和 年 月 日
	主な内容	
示談が成立していない	令和 年 月 日 現在	
	その理由	

被害者の治療状況

この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけない					
治療を受けたとき	医療機関	名称	電話番号	治療開始	入院 自 年 月 日 至 年 月 日	支払方法	健康保険・自費 加害者 ・ 自賠責
		所在地			通院 自 年 月 日 至 年 月 日		
	医療機関	名称	電話番号	治療開始	入院 自 年 月 日 至 年 月 日	支払方法	健康保険・自費 加害者 ・ 自賠責
		所在地			通院 自 年 月 日 至 年 月 日		
	医療機関	名称	電話番号	治療開始	入院 自 年 月 日 至 年 月 日	支払方法	健康保険・自費 加害者 ・ 自賠責
		所在地			通院 自 年 月 日 至 年 月 日		
転 帰		年 月 日現在 現在入院中・通院治療中・治癒・中止					
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 ぐらい					