

事故の相手の自動車保険加入状況	交通事故に よる自動車保険	自賠責	保険会社名				電話				
			取扱店所在地	〒 (担当者名)							
			保険契約者名				電話				
			保険契約者住所	〒							
			自動車の保有者名			加害者との関係			電話		
			自賠責証明書番号			自動車の種別			府県名		
			保険期間	自:平成 年 月 日			登録番号				
		至:平成 年 月 日			車台番号						
	任意保険	任意	保険会社名				電話				
			取扱店所在地	〒 (担当者名)							
			保険契約者名				電話				
			保険契約者住所	〒							
			保険期間	自:平成 年 月 日			保険証書番号				
		至:平成 年 月 日			※任意一括の有無	有 ・ 無					
示談の状況	届出時点の平成 年 月 日現在。 (※該当する項目にはし点や記入をしてください。)										
	<input type="checkbox"/> 示談が成立	平成 年 月 日に成立									
	<input type="checkbox"/> 交渉中	未定 ・ 月頃成立予定									
	<input type="checkbox"/> 成立していない	成立していない理由									
	<input type="checkbox"/> 請求権を放棄した	放棄した理由									
損害賠償の支払状況	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は		<input type="checkbox"/> しない ・ <input type="checkbox"/> 請求中 ・ <input type="checkbox"/> した (「した」と答えた方は下記もご記入ください。)								
	加害者に対する損害賠償の請求は		<input type="checkbox"/> していない ・ <input type="checkbox"/> した (受領した場合は下記もご記入ください。)								
	賠償金の内訳	医療費 (入院費を含む)				円					
		休業補償費	自:平成 年 月 日	日	円						
			至:平成 年 月 日	分							
		埋葬費				円					
		慰謝料(慰藉料)				円					
		見舞金				円					
		傷害補償				円					
	その他				円						
計				円							
受領方法	全額	平成 年 月 日受領									
	分割 (回払)	第1回	円 平成 年 月 日受領								
		第2回	円 平成 年 月 日受領								
		第3回	円 平成 年 月 日受領								

※任意一括とは、任意保険会社が窓口となり自賠責保険と対人賠償保険の保険金を被害者に一括で支払う制度です。