

事故の相手の自動車保険加入状況	自賠責保険	保険会社名	〇〇〇〇保険株式会社			電話	03-△△△△-〇〇〇〇		
		取扱店所在地	〒160-0000 東京都新宿区 〇-〇-〇			担当者名	丸半 健太		
		保険契約者名	轟 三郎			電話	03-5830-▽▽▽▽		
		保険契約者住所	〒340-0000 埼玉県〇〇市〇〇 〇-〇-〇						
		自動車の保有者名	轟 三郎	加害者との関係	本人	電話			
		自賠責証明書番号	ABCD12345-XYZ	自動車の種別	普通乗用	府県名			
		保険期間	自:平成 26年 4月 1日 至:平成 28年 3月 31日	登録番号	春日部500あ 〇〇〇〇				
	任意保険	保険会社名	〇〇〇〇損保			電話	03-□□□□-〇〇〇〇		
		取扱店所在地	〒160-0000 東京都新宿区 △-△-△			担当者名	損保 二郎		
		保険契約者名	轟 三郎			電話	03-5830-▽▽▽▽		
		保険契約者住所	〒 同上						
		保険期間	自:平成 26年 8月 1日	保険証書番号	◇◇◇-1234567-8				
			至:平成 27年 7月 31日	※任意一括の有無		有 ・ 無			
示談の状況	届出時点の平成 27年 5月 5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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 至:平成 年 月 日	日	分			円	
		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。