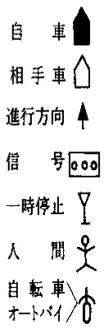


事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第 号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)		
自動車の番号			乙(被害者)	氏名 (電話)	運転・同乗 歩行・その他	
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装	してある		ある	直線・カーブ	
		してない	歩道(両・片)	ない		
	平坦・坂	見通し	良い	積雪路	凍結路	
			悪い			
信号又は標識	信号	ある		されている	その他標識	
		ない	駐停車禁止	されていない		
速度	甲車両	km/h(制限速度	km/h)	乙車両	km/h(制限速度	km/h)
事故現場における自動車と被害者との状況図	事故発生の状況略図(道路幅をメートルで記入して下さい)					
						
上記図の説明					
					
					
					
別紙「交通事故証明」に補足して上記のとおり報告致します。						
年 月 日						
報告者 甲との関係()						
乙との関係()						
(印)						

治療状況を	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	
			所在地	
		支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自 費 ・ その他()	
		治療開始	年 月 日	入院 通院
		転 帰	(年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
	入院治療期間	入院 自 年 月 日 ～ 至 年 月 日		
		通院 自 年 月 日 ～ 至 年 月 日		
		後 遺 症	あ る ・ あ る 見 込 ・ な い 見 込 ・ な い	
		治療見込	年 月 日 から 約 日 ぐらい	



以下の欄は記入する必要ありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間	・ ・	
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血	・ ・	
傷病手当金	円	自 _____ 日間	・ ・	
	円		・ ・	
	円		・ ・	
	円		・ ・	
合 計	円			