



事故者の自動車保険加入状況	自賠責保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険契約期間	自平・ <input checked="" type="radio"/> 令 X年 X月 X日 至平・ <input checked="" type="radio"/> 令 X年 X月 X日	
	保険加入証明 記号番号	記号 ○○○○ 第○○○○○号	契約者氏名	健保 太郎	
	契約会社	名称	○○損害保険株式会社		
		所在地	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町 456 TEL (○○)○○○-○○○		
	任意保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険契約期間	自平・ <input checked="" type="radio"/> 令 X年 X月 X日 至平・ <input checked="" type="radio"/> 令 X年 X月 X日	
	保険加入証明 記号番号	記号 ○○○○ 第○○○○○号	契約者氏名	健保 太郎	
契約会社	名称	同上			
	所在地	" TEL ( )			
治療状況をうけたとき	この事故で医師の治療をうけましたか	<input checked="" type="radio"/> うけた <input type="radio"/> うけていない			
	医療機関	名称	○○病院		
		所在地	○○県○○市○○町 789 TEL (○○)○○○-○○○		
	支払方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 <input type="radio"/> 加害者負担 <input type="radio"/> 自費 <input type="radio"/> その他 ( )			
	治療開始	令和 X年 X月 X日 <input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院			
	転帰	(令和 X年 X月 X日現在) 現在入院中 <input checked="" type="radio"/> 通院加療中 <input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 中止			
	入院治療期間	入院 自 令和 X年 X月 X日～至 令和 X年 X月 X日 通院 自 令和 X年 X月 X日～至 令和 年 月 日			
	後遺症	ある・ある見込・ない <input checked="" type="radio"/> ない見込			
治療見込	令和 X年 X月 X日から約 5n 月ぐらい				