|  |
| --- |
| 様式２の１ |
|  |
| 健康保険の |  | 被保険者 |  | 被扶養者の場合名 |  |
|  |  | 事業所所在地 |  |
| 事故発生当時の状況 | 事故発生日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　　曜日） | 午前午後 | 　時　　　分 |
|  |  |
|  |  |
| 行動の目的および発生状況（事故当時の状況がよくわかるように記入してください。） |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 第の三関者係　に相つ手い方て | （運転者） | 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡： |
| 氏　名 | 男女 | 　　歳 | 保有者との | 本人・従業員・親族・その他（　　　　　　） |
| 勤務先 | 名称 |  | 所在地 | 　　　　℡： |
|  | 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡： |
| 氏　名 |  | 保険契約者との関係 | 本人・譲受人・借受人・その他（　　　　　　） |
| 第保三険者関　係相に手つ方い　ての自賠責等 | 保険会社名称・所在地 |  |
| 自動車保険証明書番号 |  |
| 保　　険 | 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡： |
| 氏　名 |  |
|  | 種　　別 |  |
| 登録番号 |  |
| 車台番号 |  |
| 保険期間 | 自　令和　　年　　月　　日　至　令和　　年　　月　　日　午前１２時 |
| 任意保険 |  | 保険会社名称 |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| 医療機関の | 　　 |  |  |  | 費用の負担 |
| 名称　　　　　　　℡： |  | 自　年　月　日至　年　月　日日間 | ・入院加療中・通院加療中・・・ | ・・加害者負担・・・ |
| 所在地　　　 | 上記中の入院期間 |
| 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |
| 名称　　　　℡： |  | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日予定 | ・入院加療中・通院加療中・・・ | ・・加害者負担・・・ |
| 所在地 | 上記中の入院期間 |
| 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |
|
| 〔註〕・医療機関を変えているときは、その医療機関ごとに記入してください。　 ・転帰および費用の負担の欄は該当する文字を○で囲んでください。 |
|  |
| 損害賠償請求の有無 | 　有　・無（無の場合その理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| この届提出日現在において損害賠償を　　　うけた（内容を下記に記入のこと）　・うけてない |
| 治療費（入院費を含む）　　 ￥　　　　　　（自　　・　　・　　～至　　・　　・　　）　　年　　月　　日受領休業補償費（1日\ ） ￥　　　　　　（自　　・　　・　　～至　　・　　・　　）　　年　　月　　日受領その他　　　　　　　　　　 ￥　　　　　　（自　　・　　・　　～至　　・　　・　　）　　年　　月　　日受領 |
|  |  |
| 示談解決をした場合は示談書の写しを添付し不成立の場合はその理由を記入のこと。 |
|  |
|  | 　　　平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事故管轄警察署名 |  | 事故担当警察官氏名 |  |
| 　　　上記事実のとおりお届します。　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡：京都府農協健康保険組合理事長　殿 |

注　(1)示談済の場合は示談書（写）を、必ず添付すること。

　　(2)自動車等の事故であれば運転免許証（写）および交通事故証明書を添付のこと。