

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲(甲車の運転者)	氏名		乙(被害者)	氏名		運転・同乗	<input type="checkbox"/> 甲車 <input type="checkbox"/> 甲車以外の車
速度	甲車	km/h(制限速度	km/h)、甲車以外の車	km/h(制限速度	km/h)		
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側(m)、甲車以外の車両(m)	
信号または標識	信号	有り 無し	一時停止標識	有り	その他標識	なし	
事故発生状況を 図示して下さい。 。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい)						
上記の説明を書いて下さい。							

医療機関における一部負担金の負担	加害者側が負担 ・ 被害者側が負担 ・ その他()																		
医療機関	名称																		
	所在地	〒					TEL												
治療状況	治療開始	平成 令和	年	月	日	入院 通院	健保を適用して治療を開始した日 平成・令和	年	月	日	(令和	年	月	日現在)	入院中・通院加療中・治ゆ・中止				
	治療期間	入院 通院	自	平・令	年	月	日	～	至	平・令	年	月	日	～	至	平・令	年	月	日
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み																	
	治療見込み	平成 令和	年	月	日	から約	月	日	ぐらい										

医療機関における一部負担金の負担	加害者側が負担 ・ 被害者側が負担 ・ その他()																		
医療機関	名称																		
	所在地	〒					TEL												
治療状況	治療開始	平成 令和	年	月	日	入院 通院	健保を適用して治療を開始した日 平成・令和	年	月	日	(令和	年	月	日現在)	入院中・通院加療中・治ゆ・中止				
	治療期間	入院 通院	自	平・令	年	月	日	～	至	平・令	年	月	日	～	至	平・令	年	月	日
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み																	
	治療見込み	平成 令和	年	月	日	から約	月	日	ぐらい										

医療機関における一部負担金の負担	加害者側が負担 ・ 被害者側が負担 ・ その他()																		
医療機関	名称																		
	所在地	〒					TEL												
治療状況	治療開始	平成 令和	年	月	日	入院 通院	健保を適用して治療を開始した日 平成・令和	年	月	日	(令和	年	月	日現在)	入院中・通院加療中・治ゆ・中止				
	治療期間	入院 通院	自	平・令	年	月	日	～	至	平・令	年	月	日	～	至	平・令	年	月	日
	後遺症	ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み																	
	治療見込み	平成 令和	年	月	日	から約	月	日	ぐらい										

※ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係()

乙との関係()

氏名 印