

(被害者側が記入する書類)

自損行為等による被害届

※ 0 1 1 2 2 8 3

〇〇 長
×× ×× 様

①個人番号(住民キーコード)を記入する

26年 4月10日

住所 (〒500-0123)
〇〇市本町1-12

③事故状況(過失割合)に関係なく国保被保険者を常に被害者欄に記入ください。

②負傷した国保被保険者の世帯主を記入する

世帯主 氏名 国保太郎 印
電話 (058) 273-0128

国民健康保険		行規則第32条の6の規定により下記のとおりお届けします。					
事故発生	26年 4月 1日 午(前)後 8時50分頃	事故発生場所	〇〇県〇〇市下奈良123番地				
保険種別	①人・退職本人・退職家族	事故原因と状況	出会い頭の事故				
被害者 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号	12-3-4	職業	自営業			
	(フリガナ)	コタホタロウ	続・柄	本人	性別	①男・女	
	氏名	国保太郎	生年月日	(明・大(昭)平) 38年 5月15日 (50歳)			
	加害者 (運転者)	氏名	福祉和子	生年月日	(明・大(昭)平) 39年 6月 1日 (49歳)		
加害者 (第三者) に関する事項	住所	(〒509-0456) △△市 栄町 2丁目 43番地					
	職業	会社員	電話	(058) 266-1230			
	保有者	氏名					
契約者	住所	(〒 -) 同上					
	加害者との関係	①本人・親族(続柄))・事業主・その他()					
	保有者との関係	①本人・親族(続柄))・事業主・その他()					
自賠責保険	①有 ②無	保険会社	▲▲海上火災保険	証明書番号	987-6543		
任意保険	①有 ②無	保険会社	★★火災海上保険	支店名	課名	担当者名	
		証券番号	123-456-789	◆◆支店	損害課	☆☆☆☆☆	
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日	26年 4月 1日			
当初	●●市民病院 整形外科	全身打撲 他	保険診療 開始日	26年 4月 2日			
転医後	④保険診療を始めた日付を記入する		診療見込期間	未定			
			診療見込金額	円			

(注) ※印の個人番号欄は、保険者にて記入します。

事故発生状況報告書

(注)

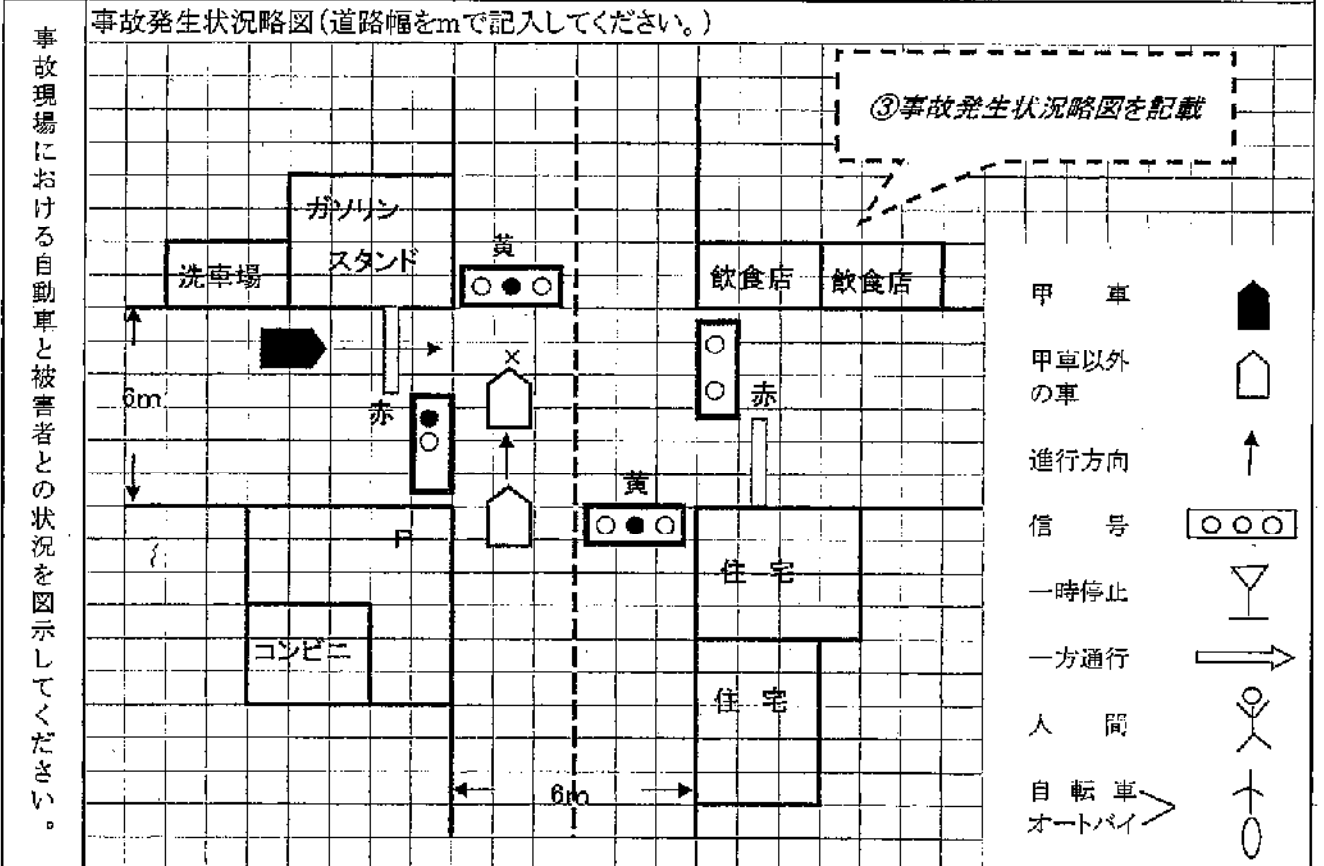
- ① ()の事項は、おおよその数値を記載または該当するものを○印で囲んでください。
- ② 甲欄には、甲車の運転者氏名を記入ください。
- ③ 乙欄には、自賠責保険請求書に記載の“負傷または死亡された方の氏名”を記入してください。
- ④ この報告書は、自賠責損害調査事務所に送付されます。また、保険金(損害賠償額)支払手続上必要には、事故の相手方に送付することがあります。

②負傷した国保被保険者氏名
れる場合

甲 (甲車の運転者)	氏名	福 祉 和 子	乙	氏名	国 保 太 郎	運転・同乗 歩行・その他	甲車 甲車以外の車	
速度		甲車 20 km/h(制限速度 40 km/h)、甲車以外の車 60 km/h(制限速度 50 km/h)						

①相手方氏名(加害者)

道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側(6 m)、甲車以外の車側(6 m)		
信号または標識	信号	有 無	一時停止標識	有 無	その他標識 ()	



事故現場における自動車と被害者との状況を图示してください。

信号機により交通整理の行われている交差点において、双方出会い頭で衝突し、乙が負傷したもの、なお、該事故現場の信号機は、事故当時一方が赤色点滅、他方が黄色点滅の点滅信号である。

④説明は、詳細にわかりやすく記載

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

27年 4月 10日 ⑤報告書作成日

報告者 甲との関係 () ⑥報告書作成者の署名・印鑑

氏名 國 保 太 郎 (印)

乙との関係 (本 人) ⑦報告者との関係

《 注 意 事 項 》

- ① この報告書は、過失割合を算定する際に重要な書類です。事実に基づき道路状況、信号または標識、速度はもとより、周囲の状況、他車等の位置、道路幅員等を图示し、説明を詳細に記載してください。
- *参考資料として、事故現場の住宅地図のコピー、現場写真、事故の新聞記事等があります。