

加 害 者 関 係 事 項

1 交通事故の場合

当支部が負担した医療費の請求先は、相手方が加入している自賠責保険もしくは任意保険となります。相手方の保険加入状況について記入してください。

車の保有者	住 所			
	氏 名			
加害運転者	住 所			
	氏 名			
	電話番号		保有者との関係	
自動車の種別		車両番号		
事故を取り扱った警察署				

■損害保険会社の情報（自賠責保険関係事項は必ず記入してください。）

		自賠責保険関係事項	任意保険関係事項
保 險 契約者	住 所		
	氏 名		
契約会社名			
所 在 地			
電 話 番 号			
担 当 者 氏 名			
保 險 証 券 番 号			
保 險 期 間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

2 暴行等による場合

当支部が負担した医療費の請求先は、相手方が個人賠償責任保険等に加入している場合は保険会社、未加入の場合は相手方本人となります。相手方の保険加入状況について記入してください。

相手方が保険に <input type="checkbox"/> 加入している → 次の ①加害者 ②損害保険関係事項ともに記入 <input type="checkbox"/> 加入していない → 次の ①加害者のみ記入				
① 加 害 者	住 所			
	氏 名		電話番号	
② 損害保険関係事項	保 險 契約者	住 所		
		氏 名		
	契 約 会 社 名			
	所 在 地		(〒 -)	
	電 話 番 号		() -	
	担 当 者 氏 名			
	保 險 証 券 番 号			
保 險 期 間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		