



相 手 方 に 関 す る 事 項				
	運 転 者	車 の 保 有 者	(相手方が業務執行中だったとき)	
氏 名	(年齢: 歳)		使用者	の住所
住 所	〒 -		氏名又は商号	
電 話			代表者	
職 業	<input type="checkbox"/> 業務執行中 <input type="checkbox"/> そ の 他		電 話	
相 手 方 の 自 動 車 損 害 保 険 に 関 す る 事 項				
		自 賠 責 保 険	任 意 保 険	
保険証明書番号				
契約先	会 社 名			
	連 絡 先	住所 〒 - 名称 電話	住所 〒 - 名称 電話	
保 険 契 約 者		住所 氏名 電話	住所 氏名 電話	
車 の 登 録 番 号			対 人 契 約 限度の有無	有 無
車 台 番 号			対 人 契 約 限 度 額	
示談の状況及び今後の見通し <div>最終的な示談を締結していない場合で、治療費その他の合意がなされている事項があれば、その旨を記載すること。</div>		<div><input type="checkbox"/> 治療費等については、全額相手方の自動車損害保険等や任意保険で支払われる予定である（示談先行）。</div> <div><input type="checkbox"/> 被災職員に過失があり、治療費等の全額を相手方から受け取ることができない（補償先行）。</div> <div><input type="checkbox"/> 相手方に損害賠償を行う能力がない（補償先行）。</div> <div><input type="checkbox"/> 相手方が不明である（補償先行）。</div> <div><input type="checkbox"/> その他</div>		
上記のとおり報告します。 年 月 日 住所 氏名				

備 考 報告者は本人又は所属長のこと。