**事故発生の状況　　※自動車安全運転センター発行の事故証明書の写しを添付ください。**

様式17

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発生年月日 | 令和 年 月 日午前・午後 時 分頃 | 発生場所 |  |
| 種別 | 自動車事故・その他交通事故その他（ ） | 傷病名 |  |
| 警察官の立合い | あった　・　無かった | 所轄署 |  | 警察署派出所 |

|  |
| --- |
| 事　故　の　概　要 |
|        |
| 事故発生場所の見取図 |
|  |

受診の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診した期間 | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで | 診療費の負担 | 健保・自費・相手方負担・その他 |
| 治療した医療機関 | 名称 |  | 所在地 |  |

示談の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| いずれかに〇記入 | 段　階 | 備　　　考 |
|  | 未交渉 |  |
|  | 交渉中 |  |
|  | 示談成立 | 成立日を記入ください（令和 　年 　月 　日） |