

事故日	年 月 日					
事故の場所						
当事者	被害者の氏名					
	加害者の氏名					
加害者の任意保険	加入している ・ 加入していない					
	保険会社名					
	担当者名					
弁護士費用特約	利用できる ・ 利用できない					
治療状況	けがの症状					
	入院日数	なし	:	日間		
	通院日数	日間				
	通院頻度					
	通院手段	公共交通機関 ・ タクシー ・ 自家用車 その他()				
	治療費の負担	保険会社負担 ・ 自己負担				
	後遺障害	あり ・ なし				
	後遺障害認定	認定あり ・ 認定なし				
損害内容	休業	あり ・ なし				
	休業日数	日間				
	業務内容					
	月収	万円				
	休業損害の支払	支払あり ・ 支払なし				