

## 事故発生状況報告書

治療 状況	医師の治療を受けましたか		(受けた) ・ 受けない	
	治療を受けた時	医療機関	名称	〇〇病院
			所在地	神奈川県 XX市 XXXX 5-3-15
		支払方法	(健康保険) ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ( )	
	健康保険で治療を受けた場合の開始日	平成 20 年 1 月 19 日入院・通院 (約	日	ぐらいの見込み)

(事故発生状況を具体的に記入してください)

県道〇〇線を△△方面に向け、自転車で走行中に××前の道路において直進中に、  
後ろから来た自動車に追突されて、〇〇骨折し〇〇病院へ搬送された。

(略図)

事故発生の状況をこの図に記入してください。

この届に添えて 提出する書類	① 自動車事故証明書 (自動車事故のときのみ) ② 念書 3. その他 ( )
-------------------	---

受 付 日 付 印