

## 交通事故 <相手入通院>状況確認書

事故日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃
相手方氏名	
相手方が入通院した病院名	
相手方が入院した日数	年 月 日～ 年 月 日まで <b>実際に入院した日数</b> ( )日
相手方が通院した日数	年 月 日～ 年 月 日まで <b>実際に通院した日数</b> ( )日
<p>備考(連絡欄) :</p> <p style="text-align: center;">※この書類は、治療終了後、任意保険会社等へ確認の上 <b>ご契約者にてご記入</b>して頂き、弊組合へご提出下さい。</p> <p style="text-align: center;">— 任意保険会社等への確認の仕方・聞き方(例) —</p> <p style="text-align: center;">「相手方は何日通院(入院)されたのですか？」</p> <p style="text-align: center;">「どこの病院にいつからいつまで通院(入院)されたのですか？」</p> <p style="text-align: center;">※下記の欄については、<b>分かる範囲で○(マル)印</b>をお願い致します。</p>	
相手方の傷害の部位 (該当するものに○印をして下さい。)	頭部 顔面 首 腹胸部 背腰部 腕 手指 脚・足指 その他 ( )
相手方の傷害の状態 (該当するものに○印をして下さい。)	打撲 捻挫 骨折 すり・切り傷 その他 ( )
確認先 (保険会社・担当者・その他)	保険会社 あいおいニッセイ同和・共栄・JA 共済・損保ジャパン日本興亜 東京海上日動・富士・三井住友・日新・その他( ) 担当者名 ( )

※上記のように、相手方が入通院された病院及び日数(傷害の部位・状態)について連絡致します。

令和 年 月 日

契約者名