

交通事故に遭われた方へ

交通事故の場合、原則として、加害者へ治療費等を請求することになっています。
ご自身の海外旅行保険等への請求を希望される場合、お手数ですが、今後の諸手続きをスムーズに行う為、下記の質問にお答えください。

1. 事故状況について、ご記入ください。

場所：

日時： 年 月 日 時頃

加害者は？： ご自身が運転または同乗していた乗り物 ・ 他の乗り物 ・ 調査中

お乗りになっていた乗り物は？： タクシー・社用車・バス・その他（ ）

お乗りになっていた乗り物の運転手は？： 自分・友人・その他（ ）

※ご自身が運転者の場合、当地で有効な運転免許証のコピーをご提出ください。

相手の乗り物は？： タクシー・社用車・バス・その他（ ）

事故の原因： 追突 ・ 追い越し失敗 ・ その他（ ）

他の受傷者： あり 人 ・ なし

警察調査： あり ・ なし

警察の事故証明： あり ・ なし

事故の状況（なるべく詳しく）：

2. 加害者へ治療費を請求する意思はありますか。

はい ・ いいえ

3. 「いいえ」の場合、その理由を下記よりお選びください。

- ☐ 加害者を特定できず（逃げた）
☐ 当時は痛みがなかったので、請求意思表示していない
☐ 加害者に支払能力なし
☐ その他（理由：_____）

以上の内容は事実と相違ありません。

署名：

年 月 日

交通事故に遭われた方へ
Dear Customers Who Had a Traffic Accident

交通事故の場合、原則として、加害者へ治療費等を請求することになっています。お手数ですが、今後の諸手続きをスムーズに行う為、下記の質問にお答えください。
For traffic accidents, in principle, the offender should be held responsible for all medical expenses. To ensure a smooth claiming procedure, please kindly answer the following questions.

1. 事故状況について、ご記入ください。

Please complete the following items regarding the accident details:

- ・場所：
Place:
- ・日時：
Date and Time:
- ・加害者は？：
Who was the offender？:
- ・お乗りになっていた車は？：
What kind of vehicle were you in？:
- ・相手の車は？：
What kind of vehicle was the offender in？:
- ・事故の原因：
Cause of the accident:
- ・他の受傷者：
Other injured parties:
- ・警察調査：
Police investigation:
- ・警察の事故証明：
Accident verified by the Police:
- ・事故の状況(なるべく詳しく)：
Details of the accident (Please be as specific as possible):
- 年 月 日 時頃
(Year) (Month) (Date) Hour of the day: [Approx.]
- 自分が乗っていた車 ・ 他の車 ・ 調査中
The vehicle I was in ・ Another vehicle ・ Under investigation
- タクシー ・ 社用車 ・ バス ・ その他()
Taxi ・ Company's car ・ Bus ・ Other:()
- タクシー ・ 社用車 ・ バス ・ その他()
Taxi ・ Company's car ・ Bus ・ Other:()
- 追突 ・ 追い越し失敗 ・ その他()
Rear-end collision ・ Failure to overtake ・ Other:()
- あり 人 ・ なし
Yes (No. of people) ・ No
- あり ・ なし
Yes ・ No
- あり ・ なし
Yes ・ No

2. 加害者へ治療費を請求する意思はありますか。

Will you ask the offender to pay for your medical expenses?

はい ・ いいえ
Yes ・ No

3. 「いいえ」の場合、その理由を下記よりお選びください。

If you chose "No" in question 3, please kindly indicate the reason as below:

- ☐ 加害者を特定できず(逃げた)
 Could not identify the offender (Escaped)
☐ 当時は痛みなかったので、請求意思表示していない
 I did not feel the pain at that time, so I did not ask for a compensation
☐ 加害者に支払能力なし
 Offender does not have the financial ability to afford for the medical charges
☐ その他(理由: _____)
 Other (Reason: _____)

以上の内容は事実と相違ありません。
I hereby certify that all of the above is true.

署名: _____
Signature: _____
年 月 日
(Year) (Month) (Date)