

別紙 2

I 損害賠償請求について交渉の経過(特に医療費は誰が負担しているか。また、病院を変更したときは、新病院の名称、住所及びその経過を詳細に書いてください。)

[illegible]

Ⅱ マイナ保険証等使用開始日 年 月 日

Ⅲ 組合員加入の人身傷害保険の使用有無	有	無
---------------------	---	---

保険会社名:

電話番号:

担当者名:

※人身傷害保険とは、自動車の任意保険の一つで、自動車事故により死傷した組合員及び被扶養者に対し、治療費、休業損害、精神的損害などが支払われる保険です。

IV 示談について

後日示談書の写しを提出ください。