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。）

Ⅱ 組合員証使用開始日　　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中の一つで、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。