

事 故 報 告 書 (その1)

組合員証記号番号				所属所名		
組 合 員 氏 名				被害者氏名	続柄	年 月 日生 男 女
自動車損害賠償責任保険関係	保険契約会社名		TEL			
	保険証明書番号					
	保 險 契 約 者	住 所				
		氏 名	TEL			
	自 動 車	車 種		都道府県別		
		登録番号		車台番号		
	保険契約期間		自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日		午前 1 2 時
自 動 車 の 保 有 者	住 所					
	氏 名	TEL				
任意自動車保険関係	保険契約会社名		営業所名		TEL	
	保険証明書番号					
	事故受付番号		事故取扱担当者			
	保険契約期間		自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日		午前 1 2 時
医療費負担状況						
負傷名または部位・程度						
医療機関	所在地名称		TEL			
	入 院	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	今後の予定			
	外 来	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				
示 談 状 況						
備 考						

(注) **太枠内**の自動車損害賠償責任保険関係及び任意自動車保険関係欄は、**加害者の保険状況**を記入してください。