

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 險 契 約 期 間		自 平成	年	月	日	午前12時			
	至 平成	年	月	日						
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 險 契 約 期 間		自 平成	年	月	日	午前12時			
	至 平成	年	月	日						
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 平成	年	月	日	至 平成	年	月	日	今後の予定
	外 来	自 平成	年	月	日	至 平成	年	月	日	
示 談 状 況										
備 考										

(注) 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。