

事故報告書(その1)

| | | | | | |
|---------------|------------------------------|--------------------------------|---|------------------------|-----------|
| 組合員証記号番号 | 503-12345 | 所属所名 | 〇〇市 | | |
| 組合員氏名 | 共済太郎 | 被害者氏名 | 続柄 本人 S41年9月1日生 <small>男</small> <small>女</small> | | |
| 自動車損害賠償責任保険関係 | 保険契約会社名 | 太陽火災海上保険(株) | | TEL 027(221)1236 | |
| | 保険証明書番号 | R-1279312 | | | |
| | 保険契約者 | 住所 | 前橋市千代田町三丁目2-1 | | |
| | | 氏名 | 赤城賢一 | TEL 027(231)6868 | |
| | 自動車 | 車種 | 普通乗用車 | 都道府県別 | 群馬県 |
| | | 登録番号 | 群馬300ね8032 | 車台番号 | J-4938751 |
| | 保険契約期間 | 自平成△△年7月1日 午前12時 至平成△×年7月1日 | | | |
| 自動車の保有者 | 住所 | 前橋市千代田町三丁目2-1 | | | |
| | 氏名 | 赤城賢一 | TEL 027(231)6868 | | |
| 任意自動車保険関係 | 保険契約会社名 | 日乃出海上火災 保険(株) | 営業所名 | 前橋営業所 TEL 027(221)1236 | |
| | 保険証明書番号 | N-74981-32-2 | | | |
| | 事故受付番号 | 5942-5 | 事故取扱担当者 | 榛名五郎 | |
| | 保険契約期間 | 自平成△△年7月1日 午前12時 至平成△×年7月1日 | | | |
| 医療費負担状況 | 3/30より共済組合員証使用 | | | | |
| 負傷名または部位・程度 | 脳挫傷、左大腿骨骨折、全身打撲 | | | | |
| 医療機関 | 所在地名称 | 前橋市紅雲町一丁目-2 中央病院 | | TEL 027(252)6789 | |
| | 入院 | 自平成△△年3月30日 至平成△△年5月31日 | | 今後の予定 全治6ヶ月 | |
| | 外来 | 自平成△△年3月30日 至平成△△年5月31日 | | | |
| 示談状況 | ※申告されるまでに相手方と話し合われた内容を具体的に記入 | | | | |
| 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。