別紙様式第3号

事　故　報　告　書（その１）

組合員等記号・番号			所属機関名		
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		℡		
	保険証明書番号				
	保険契約者	住　所			
		氏　名	℡		
	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１２時		
	自動車の保有者	住　所			
		氏　名	℡		
任意自動車保険関係	保険契約会社名		営業所名　℡		
	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１２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		℡		
	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		
医療機関	所在地名称		℡		
	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		
医療機関	所在地名称		℡		
	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。