別紙様式第3号

事　故　報　告　書（その１）

組合員等記号・番号		503・12345		所属機関名	○○市
組　合　員　氏　名		共済　太郎		被害者氏名	共済　太郎 続柄　本人　s 51 年 9 月 1 日生　男・女
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	027-290-0000
	保険証明書番号	R-1234567			
	保険契約者　住所	前橋市昭和町３丁目５－３			
	保険契約者　氏名	赤城　賢一		TEL	
	自動車　車種	普通自動車	都道府県別	群馬県	
	自動車　登録番号	群馬300ね9999	車台番号	J-1234567	
	保険契約期間	自　令和　△△　年　7　月　1　日 至　令和　△✕　年　7　月　1　日		午前１２時	
	自動車の保有者　住所	前橋市昭和町三丁目５－３			
	自動車の保有者　氏名	赤城　賢一		TEL	027-221-0000
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　営業所名　前橋営業所		TEL	027-255-0000
	保険証明書番号	N-12345-67-8			
	事故受付番号	1234-5	事故取扱担当者	榛名　五郎	
	保険契約期間	自　令和　△△　年　7　月　1　日 至　令和　△✕　年　7　月　1　日		午前１２時	
医療費負担状況		3/30からマイナ保険証使用			
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	前橋市大手町1-30-45　共済病院		TEL	027-220-0000
	入院	自　令和 △△ 年 3 月 30 日　至　令和　年　月　日		今後の予定	全治６か月
	外来	自　令和　年　月　日　至　令和　年　月　日			
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			
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		※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のこと。			
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。