

今般事故が発生しましたので概況を下記のとおり報告します。

契約社名	TEL		-		-		受付No.	-				
	FAX		-		-							
運転者名	(フリガナ) 報告者		住所	男・女		共済担当者		対人: 対物:				
	年 月 日生 (才)			搭傷:		車両:						
登録番号	自賠責会社名		証明書番号		ドライブレコーダ装着について		期		-			
				有 無		メーカー機種		間		年 月 日 ~ 年 月 日		
発生日時	年	月	日	時刻	AM	PM	届出警察	構内無	対		無制限	
発生場所	県・府・都		市・郡						搭		万 万 万	
事故種別	<input type="checkbox"/> 対人		<input type="checkbox"/> 自損		<input type="checkbox"/> 搭傷		<input type="checkbox"/> 対物		<input type="checkbox"/> 車両		<input type="checkbox"/> RS 特約	
対人・搭傷	氏名(フリガナ)		生年月日	男	女	死	傷	TEL・携帯電話		病院名・TEL		
	01. ()		令・平・昭			死	傷	-		入・通		
搭傷	02. ()		令・平・昭			死	傷	-		入・通		
						死	傷	-				
対物	所有者・使用者(フリガナ)		登録番号(被害物件)		車名・型式・年式等		修理工場・TEL					
	01. ()											
備考					TEL・携帯		-		-			
	02. ()						-		-			
車両	修理工場				TEL		-		-			
事故状況				状況図				甲 車 甲車以外 進行方向 信 号 一時停止 一方通行 人 自 転 車 オートバイ				
共済使用	受付印		入力日		CD		対人 名		対物 件		速報原本	
					備考(ロードサービス業者)		搭傷 名		物件 件			
							自損 名		車両 件			

人身事故が発生した時には車検証と自賠責の写しもFAX送信をお願いします。

受付 No. -

事故日 年 月 日 契約者

対	氏 名(フリガナ)		生年月日	男	女	死 傷	T E L・携帯電話		病院名・T E L	
	03. ()		平・昭 ・			死 傷 自 搭	- - - -		入・通 - -	
人	住所							職業		
	住所							職業		
搭	氏 名(フリガナ)		生年月日	男	女	死 傷	T E L・携帯電話		病院名・T E L	
	04. ()		平・昭 ・			死 傷 自 搭	- - - -		入・通 - -	
傷	住所							職業		
	住所							職業		
対	氏 名(フリガナ)		生年月日	男	女	死 傷	T E L・携帯電話		病院名・T E L	
	05. ()		平・昭 ・			死 傷 自 搭	- - - -		入・通 - -	
物	住所							職業		
	住所							職業		
物	所有者・使用者(フリガナ)		登録番号(被害物件)		車 名・型 式・年 式 等			修理工場・T E L		
	03. ()							TEL ・携帯		
物	備考							TEL ・携帯		
	備考							TEL ・携帯		
物	04. ()							TEL ・携帯		
	備考							TEL ・携帯		
物	05. ()							TEL ・携帯		
	備考							TEL ・携帯		
物	06. ()							TEL ・携帯		
	備考							TEL ・携帯		
物	07. ()							TEL ・携帯		
	備考							TEL ・携帯		

人身事故が発生した時には車検証と自賠償の写しもFAX送信をお願いします!