









契約社名	CD () 報告者		TEL - -		受付No.				
			FAX - -		-				
運転者名	(フリガナ) 男・女 年 月 日生 (才)	住所	共済担当者 対人: 対物:						
登録番号						搭傷: 車両:			
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					
				有	メーカー	期 年 月 日 ~ 年 月 日			
				無	機種				
発生日時	年 月 日	時刻	AM PM	届出 警察	構内 無	対 無制限 対物 万 万 万 万			
発生場所	県・府・都		市・郡						
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					搭傷 万 万			
対人	氏名(フリガナ)		生年月日	男	女	死傷	TEL・携帯電話	病院名・TEL	
	01. ()		平・昭			死傷 自搭	- -	- -	
搭傷	住所		職業	入・通					
	02. ()		平・昭			死傷 自搭	- -	- -	
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. ()								
備考				TEL・携帯	-	-	-	-	
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		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	TEL・携帯電話		病院名・TEL	
	03. ()	平・昭 ・	才	才	死傷 自搭	-	-	-	-
人	住所	職業		入・通					
	04. ()	平・昭 ・	才	才	死傷 自搭	-	-	-	-
搭	住所	職業		入・通					
	氏名(フリガナ)	生年月日	男	女	死傷	TEL・携帯電話		病院名・TEL	
傷	05. ()	平・昭 ・	才	才	死傷 自搭	-	-	-	-
	住所	職業		入・通					
搭	住所	職業		入・通					
	06. ()	平・昭 ・	才	才	死傷 自搭	-	-	-	-
傷	住所	職業		入・通					
	07. ()	平・昭 ・	才	才	死傷 自搭	-	-	-	-
傷	住所	職業		入・通					
	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				
対	03. ()								
	備考			TEL ・携帯	-	-	-	-	
物	04. ()								
	備考			TEL ・携帯	-	-	-	-	
物	05. ()								
	備考			TEL ・携帯	-	-	-	-	
物	06. ()								
	備考			TEL ・携帯	-	-	-	-	
物	07. ()								
	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!