

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 万 対物 万 搭傷 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				
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	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 人	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			死傷	-	-	入 通	-	-
			・	才	才	自搭	-	-			
	住所							職業			
	04. ()		平・昭			死傷	-	-	入 通	-	-
			・	才	才	自搭	-	-			
住所							職業				
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		
	05. ()		平・昭			死傷	-	-	入 通	-	-
			・	才	才	自搭	-	-			
	住所							職業			
	06. ()		平・昭			死傷	-	-	入 通	-	-
			・	才	才	自搭	-	-			
住所							職業				
07. ()		平・昭			死傷	-	-	入 通	-	-	
		・	才	才	自搭	-	-				
住所							職業				
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			
	03. ()										
	備考					TEL	-	-	-		
	04. ()										
	備考					TEL	-	-	-		
	05. ()										
備考					TEL	-	-	-			
06. ()											
備考					TEL	-	-	-			
07. ()											
備考					TEL	-	-	-			

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!