

個人賠償共済事故報告書・事故受付カード

受付者	県本部	県支部

受付日	年 月 日	通知者	<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> その他（続柄・氏名）			契約実績県		加入共済
契約者氏名			契約者生年月日	年 月 日	組合員 No.			1 子ども 2 傷害 3 火災
住所	〒 ー 都・道府・県	市・郡区	町・村区	電 話	自宅	ー	ー	
					勤務先	ー	ー	
					携帯	ー	ー	
フリガナ								
賠償事故当事者	氏名							
	S ・ H ・ 西暦 年 月 日生 () 歳 男・女							
	共済契約者または被共済者名①と当事者との続柄				共済契約者または被共済者名②と当事者との続柄			
	氏名	1. 本人 3. 同居の親族 2. 配偶者 4. 別居の未婚の子			氏名	2. 配偶者 3. 同居の親族 4. 別居の未婚の子		

事故日時	20 年 月 日	午前・午後	時 分頃	警察届	有 (人・物)	署
事故発生場所	都・道府・県	市・郡区	町・村区			
	<input type="checkbox"/> 路上 (道路名など 付近) <input type="checkbox"/> その他 (建物内)					

◆ 発生原因・状況等	◆ 見取図
①誰と、何人で、どんなグループで ③どのような原因で	
②何をしていた時か ④相手方とはどのような話をしたか	

相手方	フリガナ				住 所
	氏名	当事者親権者	() 歳 男・女	電話	〒 ー
対物	損害物	品名 (車名)	購入金額 円	購入年月日 年 月 頃	修理先あるいは購入先
	損害の状況	(車両の場合は ナンバープレート)			担当者 TEL ー ー
					写真の有無 見積金額
					有・無 未定 円

対人	ケガの部位	ケガの内容			
	治療見込	入院・通院	年 月 日 ~	年 月 日まで	() 月・日 程度
	病院名	TEL			

その他	相手からの請求	<input type="checkbox"/> 修理代金 <input type="checkbox"/> 引当金 <input type="checkbox"/> 治療費 <input type="checkbox"/> 慰謝料 その他 ()	契約者側他社契約	会社名	証券番号	無
				TEL ー ー	担当者名	

相手損保	担当者	TEL FAX
------	-----	------------

伝言欄	
-----	--