









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		
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	対人 無制限 万 搭傷 万 傷 万
対人・搭傷	氏名(フリガナ)		生年月日	男	女	死傷 自搭
	01. ( )		平・昭 . .	才	才	— — — —
搭傷	02. ( )		平・昭 . .	才	才	— — — —
	住所		職業		入院 — —	
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	
	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	対物
			備考		搭傷	物件
					自損	車両
						速報原本

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	T E L・携帯電話		病院名・T E L		
	03. ( )		平・昭			死 傷	-	-	入 通	-	-
	住所			才	才	自 搭	-	-			
	04. ( )		平・昭			死 傷	-	-	入 通	-	-
	住所			才	才	自 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		
05. ( )		平・昭			死 傷	-	-	入 通	-	-	
住所			才	才	自 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			
06. ( )		平・昭			死 傷	-	-	入 通	-	-	
住所			才	才	自 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			
07. ( )		平・昭			死 傷	-	-	入 通	-	-	
住所			才	才	自 搭	-	-				
搭 傷	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. ( )										
	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!