

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 搭傷
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	TEL・携帯電話
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		病院名・TEL
	01. ()					入・通
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	速報原本
			備考	搭傷	物件	
				自損	車両	

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 搭 傷 対 物	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	・	才	才	死 傷 自 搭	-	-	-	-	
	住所							職業	入・通		
	04. ()	平・昭	・	才	才	死 傷 自 搭	-	-	-	-	
	住所							職業	入・通		
	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	・	才	才	死 傷 自 搭	-	-	-	-	
	住所							職業	入・通		
	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	・	才	才	死 傷 自 搭	-	-	-	-	
	住所							職業	入・通		
	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	・	才	才	死 傷 自 搭	-	-	-	-		
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・T E L				
03. ()											
備考					TEL ・携帯	-	-	-	-		
04. ()											
備考					TEL ・携帯	-	-	-	-		
05. ()											
備考					TEL ・携帯	-	-	-	-		
06. ()											
備考					TEL ・携帯	-	-	-	-		
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!