

交通事故傷害共済事故報告書

事故受付No.

K							
---	--	--	--	--	--	--	--

組合員情報	組合員コード	都道府県	担当者名	ご連絡先	TEL	—	—
	組合員名				携帯	—	—
	代表者名				FAX	—	—

事故発生情報	事故日	年 月 日	午前 午後	時 分頃	届出署	_____警察署
	事故場所	都道府県	市郡			(担当: _____)

事故が発生したときの業務区分	1. お客様の所在地に向かう間	2. 受託を終了し、事務所に戻る間
	3. 受託を終了し、次の業務に移動中	4. 受託中 5. その他(_____)

随伴車両番号	—	—	—	—	—	—	—
--------	---	---	---	---	---	---	---

事故発生状況略図	自 車	◀	※事故状況をご記入ください。
	相手車	◀	
	進行方向	←	
	信 号	◯◯◯	
	一旦停止	Y	
	人 間	○	
	自動車 オートバイ	◀	
	対応情報	折り返し連絡希望時間帯: 午前・午後 時から 時頃	

負傷者①	負傷者氏名	フカナ					負傷した部位・症状等	※該当する部位と症状等に○をつけてください。				
	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	部位		頭・顔・首・肩・胸・背・腹・腰 目・歯・腕(右・左)・足(右・左) 指(手・足)・その他(_____)				
	TEL	—	—					症状	骨折・脱臼・打撲・ねんざ・熱傷 切傷・その他(_____)			
	負傷時の状況	運転中・同乗中・歩行中						状態	死亡・傷害	入院・通院	全治	週間 ヵ月
	運転・同乗中の場合 (区分に○をつけてください)	客車・随伴車										
	医療機関情報	医療機関名						医療機関住所	〒	医療機関TEL	—	—

負傷者②	負傷者氏名	フカナ					負傷した部位・症状等	※該当する部位と症状等に○をつけてください。				
	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	部位		頭・顔・首・肩・胸・背・腹・腰 目・歯・腕(右・左)・足(右・左) 指(手・足)・その他(_____)				
	TEL	—	—					症状	骨折・脱臼・打撲・ねんざ・熱傷 切傷・その他(_____)			
	負傷時の状況	運転中・同乗中・歩行中						状態	死亡・傷害	入院・通院	全治	週間 ヵ月
	運転・同乗中の場合 (区分に○をつけてください)	客車・随伴車										
	医療機関情報	医療機関名						医療機関住所	〒	医療機関TEL	—	—

事故報告専用FAX送信先 **0120-88-2508** または **076-425-9633**