

事故報告書(その1)

組合員証記号番号	503-12345	所属所名	〇〇市		
組合員氏名	共済 太郎	被害者氏名	続柄 本人 S21年9月1日生 男		
自動車損害賠償責任保険関係	保険契約会社名	太陽火災海上保険(株)		TEL 027-290-0000	
	保険証明書番号	R-1234567			
	保険契約者	住所	前橋市昭和町三丁目5-3		
		氏名	赤城 賢一 TEL		
	自動車	車種	普通自動車	都道府県別	群馬県
		登録番号	群馬300ね9999	車台番号	J-1234567
	保険契約期間	自 令和 △△ 年 7 月 1 日 午前 1 2 時 至 令和 △× 年 7 月 1 日			
自動車の所有者	住所	前橋市昭和町三丁目5-3			
	氏名	赤城 賢一 TEL 027-221-0000			
任意自動車保険関係	保険契約会社名	日乃出海上火災保険	営業所名	前橋営業所 TEL 027-255-0000	
	保険証明書番号	N-12345-67-8			
	事故受付番号	1234-5	事故取扱担当者	榛名 五郎	
	保険契約期間	自 令和 △△ 年 7 月 1 日 午前 1 2 時 至 令和 △× 年 7 月 1 日			
医療費負担状況	3/30から共済組合員証使用				
負傷名または部位・程度	脳挫傷、左大腿骨骨折、全身打撲				
医療機関	所在地名称	前橋市大手町1-30-45 共済病院		TEL 027-220-0000	
	入院	自 令和△△年 3月30日 至 令和 年 月 日		今後の予定	
	外来	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		全治6ヶ月	
示談状況	※申告されるまでに相手方と話し合われた内容を具体的に記入のこと				
備考					

(注) 自動車損害賠償責任保険関係及び任意自動車保険関係欄は、**加害者の保険状況**を記入してください。