※代行業従事者様が、お怪我があった場合に、ご利用ください。

（交通事故共済制度事故受付書）【コピーしてお使い下さい】

FAX番号　0120－228－876

組合員番号		組合員名			
事故日	年　月　日（　曜日）		時間	午前・午後　時　分頃	
事故場所			届出警察署	必ず人身届が必要です　署	
事故が発生したときの業務区分	1．お客様を店に迎えに行く途中　2．代行終了し会社に戻る途中 3．代行終了し次の業務に移動中　4．実車中　5．その他（　）				
対応している保険会社がある場合	保険会社名	担当者	TEL		
対応している内容	対人　・　人身傷害　・　自賠責　・　対物　・　車両				

※けがの詳細について

けがをされた方①	名前		生年月日　S・H　年　月　日（　才） 携帯電話番号	
	けがをされた部位・状態		入院　・　通院	
	けがをされたときの状況（区分に○を付けてください）	運転中・同乗中・歩行中	運転・同乗中の場合（区分に○を付けてください）	客車・随伴車
	乗車中の車のナンバー			
けがをされた方②	名前		生年月日　S・H　年　月　日（　才） 携帯電話番号	
	けがをされた部位・状態		入院　・　通院	
	けがをされたときの状況（区分に○を付けてください）	運転中・同乗中・歩行中	運転・同乗中の場合（区分に○を付けてください）	客車・随伴車
	乗車中の車のナンバー			

（事故状況図）	（詳細に、ご記入ください）