

運転代行受託自動車共済事故受付書
FAX番号

事故センター:0120-228-876

★事故担当者連絡先(日中)

組合員番号

組合員名

TEL

FAX

※印欄は、必ずご記入ください

※報告日 年 月 日

事故日	年	月	日	午前 午後	時	分頃	事故届	無・有(人身・物件)
事故場所	都道府県	市区郡						届出署
								担当係官()

☆随伴車両登録ナンバー・客車運転手氏名は記入漏れのない様ご報告願います。共済支払の基準となります。

※随伴登録番号								随伴車両運転手	氏名:	
任意保険会社()車種:							色:		連絡先:	- -

※客車運転手 (従業員名)	氏名: ヶカ(有・無) 生年月日:	(才)	住所	※携帯連絡先:					客車損害状況 ※損害箇所を印をつけて下さい
※客車所有者	※氏名: ヶカ(有・無)		住所	※携帯連絡先:	-	-			
※登録番号							車名		
修理工場名:	住所								
TEL:	FAX:			概算額¥					

対物 1	※運転者	※氏名: ヶカ(有・無)	住所	※携帯連絡先:	-	-			客車損害状況 ※損害箇所を印をつけて下さい		
	※所有者 (運転者と異なる場合のみ)	※氏名:	住所	※携帯連絡先:	-	-					
	※登録番号						車名				
	修理工場名:	住所									
	TEL:	FAX:			概算額¥						
任意保険	有・無(保険会社名):			連絡先:		担当者名:					

※事故状況

客車 相手車 進行方向 信号 一時停止 人間 自転車・オートバイ

状況図

★必ずご記入下さい (詳細説明、必ずご記入下さい)

(客車運転手)
免許証コピー添付

必ずお願いいたします

◆追加記入欄◆

【対人】

対人1	氏名	性別 男・女 生年月日	連絡先	住所 携帯連絡先	現状： 入院中・通院中
	客車 運転・同乗 相手車 運転・同乗・歩行	けが 部位： 症状：	病院	TEL	
対人2	氏名	性別 男・女 生年月日	連絡先	住所 携帯連絡先	現状： 入院中・通院中
	客車 運転・同乗 相手車 運転・同乗・歩行	けが 部位： 症状：	病院	TEL	

【搭乗者】

搭乗者	氏名	性別 男・女 生年月日	連絡先	住所 携帯連絡先	現状： 入院中・通院中
	客車 運転・同乗 相手車 運転・同乗・歩行	けが 部位： 症状：	病院	TEL	

【対物 2】

対物2	※運転者	※氏名： 住所： ※携帯連絡先	住所： — — — — —				相手車損害状況 ※損害箇所印をつけてください
	※所有者 <small>(運転者と異なる場合のみ)</small>	※氏名： 住所： ※携帯連絡先	住所： — — — — —				
	※登録番号					車名	
	修理工場名：	住所：					
	TEL：	— —	FAX：	— —			
	任意保険	有・無（保険会社名）： 連絡先： — — 担当者名：					

個人情報保護法に関連するお願い

事故をおこされて、全国運転代行共済協同組合に事故受付を行う際、以下の点のご配慮をお願いいたします。

- ① 被害者（お客様・第三者）に関する住所・連絡先等の情報は、全国運転代行共済協同組合及び組合の提携調査機関へ報告する旨を、被害者の方に必ずお伝え下さい。当組合及び提携調査機関では、個人情報の保護に関する法律・ガイドラインに従って情報管理は厳重に行っております。
- ② 被害者の連絡先については、特に配慮が必要となりますので、共済組合や提携調査会社から電話を架けても良い電話番号及び時間帯についても聞き取りをお願いいたします。
- ③ 固定電話の場合は、どちらの電話番号になるか（自宅・勤務先等）、また、勤務先の場合、勤務先へ共済組合または提携調査機関から事故についての電話を架けても良いかどうかご確認ください。

個人情報を適切に扱うことを命じた法律が施行されておりますので、ご協力をお願い申し上げます。

組合処理欄（担当者）