

事 故 状 況 報 告 書

(交通事故、第三者等の行為による損害)

組合員証使用の有無		1 使用した		2 使用しない(理由)				
第 三 者 側 を 記 入	自動車損害賠償責任保険	保険会社名	ABC損保		証明書番号	第 IAL001234 号		
		保険契約者	氏名	加害 四郎	住所	鹿児島市損害町〇番地〇		
		保険期間	自 〇〇年 2月 10日 ~ 至 ●●年 2月 9日					
		自動車	種別	自家用乗用		府県別	鹿児島県	
			登録番号又は車両番号	鹿児島530 あ 1234				
			車台番号	AXR50-0123456				
	保有者	氏名	加害 四郎	住所	鹿児島市損害町〇番地〇			
	運転者	氏名	加害 四郎	性別	男	年齢	40才	
		住所	鹿児島市損害町〇番地〇					
		電話番号	099-444-9999					
保有者との関係		本人						
任意保険	保険会社名	錦江湾自動車共済協同組合		証明書番号	第 0901234567-0000 号			
	保険契約者	氏名	加害 四郎	住所	鹿児島市損害町〇番地〇			
事故の年月日		令和 〇〇年 9月 9日		午前	午後 7時 20分			
事故発生場所		鹿児島市◇◇交差点						
療 養 者	氏名	共済 太郎	性別	男	年齢	50才		
	住所	鹿児島市共済町2-2						
療 養 経 過	傷病名	頸部捻挫, 頭部挫傷, 右肩捻挫						
	病状							
	療養見込期間	入院	2週間	4日	通院	2週間 4日		
医 療 機 関	名称	医療法人〇〇病院		医療機関番号	12***-〇〇			
	所在地	鹿児島市共済町〇-〇		電話番号 (099-333-4444)				
当事故は公務(通勤)中の事故であるか		1 はい		2 いいえ				
加害者との交渉経過		なし						
示談を取りかわしている場合その内容		なし						

※示談をする場合は、必ず共済組合へ連絡してください。