

交通事故報告書

株式会社セントラルインシュアランス 御中

年 月 日

FAX : 03-6860-8534

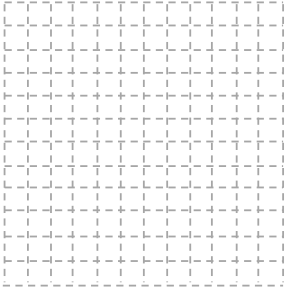
団体名又は会社名

部署名、担当者名

※の箇所は保険会社記入欄です。

TEL番号・FAX番号

証券番号		枝番		※	
被保険者		男・女	生年月日	年	月 日

事故の内容	日時	月 日 時 分頃	場所				
	(事故状況図をご記入ください。)			(事故状況、原因、相手方との示談状況をご記入ください。)			
相手側	歩行者		住所				
	相手車		TEL				
	信号		TEL	ケガ	あり・なし		
	一時停止		被害物(車名等)	被害状況			
	自転車		保険会社	TEL	担当		
実習生	病院名	TEL	ケガ	あり・なし			
	入通院	月 日 ~ 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 治癒見込時期	月 日頃			
	被害物(身の回り品等)	被害状況					

警察届出	1. 人身扱 2. 物損扱 3. なし	届出署	署	届出日	月 日
------	---------------------	-----	---	-----	-----

備考※	担当者※
-----	------