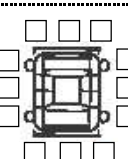


事故による損害物が複数の場合や、対人事故、または契約車両の搭乗者（運転者や同乗者）が受傷された場合はご記入下さい。

自動車事故報告書（補助票）

相手方当事者または担当者の氏名・連絡先は必ずご記入下さい。

証券番号		-		お客様名			
				契約車両登録番号			
相手方	運転者	氏名	カナ	所有者	氏名	カナ	損害物
		連絡先			連絡先		
	住所	〒			自宅	車名	色
					携帯	登録番号	年式 年 月
	工場名			概算額	万円	損傷部位等	
	住所	〒			予定日 (/)		
連絡先		担当者		入庫日 (/)			
外注修理先							
住所	〒						
連絡先		担当者					
受傷者	対人	氏名	カナ	男女	生年月日	(才)	状況
	連絡先		自宅	職業	部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上肢手指 <input type="checkbox"/> 臓器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸・腹・背・腰 <input type="checkbox"/> 下肢足指	
	住所	〒	携帯	会社名	症状	<input type="checkbox"/> 骨折・脱臼 <input type="checkbox"/> 欠損・切断 <input type="checkbox"/> 神・腱・筋損傷 <input type="checkbox"/> 臓・眼破損傷 <input type="checkbox"/> 打捻傷・熱 <input type="checkbox"/> 創・熱 <input type="checkbox"/> 内出血・血腫 <input type="checkbox"/> その他	
	病院1			連絡先	事故時の状態		
	担当		住所			()	
	病院2			連絡先	自賠責会社		
担当		住所			証明書番号		
受傷者	搭傷	氏名	カナ	男女	生年月日	(才)	状況
	連絡先		自宅	職業	部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上肢手指 <input type="checkbox"/> 臓器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸・腹・背・腰 <input type="checkbox"/> 下肢足指	
	住所	〒	携帯	会社名	症状	<input type="checkbox"/> 骨折・脱臼 <input type="checkbox"/> 欠損・切断 <input type="checkbox"/> 神・腱・筋損傷 <input type="checkbox"/> 臓・眼破損傷 <input type="checkbox"/> 打捻傷・熱 <input type="checkbox"/> 創・熱 <input type="checkbox"/> 内出血・血腫 <input type="checkbox"/> その他	
	病院1			連絡先	事故時の状態		
	担当		住所			()	
	病院1			連絡先	自賠責会社		
担当		住所			証明書番号		
受傷者	氏名	カナ	男女	生年月日	(才)	状況	
	連絡先		自宅	職業	部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上肢手指 <input type="checkbox"/> 臓器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸・腹・背・腰 <input type="checkbox"/> 下肢足指	
	住所	〒	携帯	会社名	症状	<input type="checkbox"/> 骨折・脱臼 <input type="checkbox"/> 欠損・切断 <input type="checkbox"/> 神・腱・筋損傷 <input type="checkbox"/> 臓・眼破損傷 <input type="checkbox"/> 打捻傷・熱 <input type="checkbox"/> 創・熱 <input type="checkbox"/> 内出血・血腫 <input type="checkbox"/> その他	
	病院1			連絡先	事故時の状態		
	担当		住所			()	
	病院1			連絡先	自賠責会社		
担当		住所			証明書番号		
連絡事項・打合せ事項							