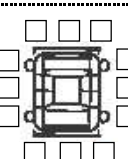


事故による損害物が複数の場合や、対人事故、または契約車両の搭乗者（運転者や同乗者）が受傷された場合はご記入下さい。

## 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		(株)		
				契約車両登録番号		室蘭100わXXXX		
相手方	運転者	氏名	カナ	所有者	氏名	カナ	損害物	
		連絡先				(株)		(株)様所有会社看板
					連絡先	XXXX-XX-XXXX	自宅	
					連絡先	XXX-XXXX-XXXX	携帯	
	住所	〒 XXX-XXXX		住所	市 町 丁目 番地 号		色	
				保険会社			連絡先	
				担当窓口				
	工場名			概算額	万円	損傷部位 等		
	住所	〒		予定日	( / )			
	連絡先			担当者				
	外注修理先			入庫日	( / )			
	住所	〒 XXX-XXXX		住所	市 町 丁目 番地 号			
	連絡先	XXXX-XX-XXXX		連絡先				
受傷者	対人	氏名	カナ	性別	男	生年月日	昭和 年 月 日 ( 才 )	
				状況	通院			
	連絡先	XXXX-XX-XXXX		自宅	職業			
		XXX-XXXX-XXXX		携帯	会社名	(株)		
	住所	〒 XXX-XXXX		住所	市 町 丁目 番地 号		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 checked="" type="checkbox"/> 下肢足指
	症状	<input checked="" 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		事故時の状態	相手 運転			
病院1	総合病院		連絡先	XXXX-XX-XXXX		自賠責会社		
担当	科 医師	住所	市 町 丁目 番地 号		証明書番号			
病院2	整骨院		連絡先	XXXX-XX-XXXX		自賠責会社		
担当	医師	住所	市 町 丁目 番地 号		証明書番号			
受傷者	搭傷	氏名	カナ	性別	男	生年月日	昭和 年 月 日 ( 才 )	
				状況	入院			
	連絡先	XXXX-XX-XXXX		自宅	職業			
		XXX-XXXX-XXXX		携帯	会社名	(株)		
	住所	〒 XXX-XXXX		住所	市 町 丁目 番地 号		部位	<input checked="" 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
	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 checked="" 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		事故時の状態	自車同乗			
病院1	総合病院		連絡先	XXXX-XX-XXXX		自賠責会社		
担当	科 医師	住所	市 町 丁目 番地 号		証明書番号			
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	性別	男	生年月日	( 才 )	
				状況				
	連絡先			自宅	職業			
				携帯	会社名			
	住所	〒		住所	市 町 丁目 番地 号		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
	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		事故時の状態				
病院1			連絡先			自賠責会社		
担当		住所			証明書番号			
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								