

# 事故発生時確認リスト

(組合員証を使用する場合)

所 使 用 所 欄	報 告 済 欄	<input type="checkbox"/>
	申 告 書 送 付 済 欄	<input type="checkbox"/>

●共済組合に事故の届出又は組合員証使用承諾時に下記事項を確認して共済組合に報告ください。

(該当する項目にを付してください)

事 故 発 生 日	令和 年 月 日												
組 合 員 証 記 号 番 号	—												
フ リ ガ ナ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
被 害 者 氏 名 : 該 当 車 輛 等 ( 組 合 員 ・ 被 扶 養 者 )	<input type="checkbox"/> 組 合 員 ・ <input type="checkbox"/> 被 扶 養 者		: 車		<input type="checkbox"/> 自 動 二 輪		<input type="checkbox"/> 原 付		<input type="checkbox"/> 自 転 車		<input type="checkbox"/> 歩 行 他		[ ( <input type="checkbox"/> 運 転 : <input type="checkbox"/> 同 乗 ) ]
フ リ ガ ナ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
加 害 者 氏 名 : 該 当 車 輛 等			: 車		<input type="checkbox"/> 自 動 二 輪		<input type="checkbox"/> 原 付		<input type="checkbox"/> 自 転 車		<input type="checkbox"/> 歩 行 他		[ ]
事 故 届 種 類	<input type="checkbox"/> 人 身 事 故					<input checked="" type="checkbox"/> 物 件 事 故							
加 害 者	加 入 保 険	<input type="checkbox"/> 自 賠 責 保 険 の み					<input type="checkbox"/> 自 動 車 保 険 ( 任 意 保 険 ) 契 約						
	自 動 車 保 険 賠 償 種 類	<input type="checkbox"/> 対 人 賠 償					<input type="checkbox"/> 対 人 賠 償 以 外						
	自 動 車 保 険 契 約 会 社 名												
	自 動 車 保 険 担 当 者 : TEL	: — —											
事 故 類 型	<input type="checkbox"/> 人 対 車 輛	車 輛 相 互						車 輛 単 独				<input type="checkbox"/> そ の 他	
		<input type="checkbox"/> 正 面 衝 突	<input type="checkbox"/> 側 面 衝 突	<input type="checkbox"/> 出 衝 合 頭 突	<input type="checkbox"/> 接 触	<input type="checkbox"/> 追 突	<input type="checkbox"/> そ の 他	<input type="checkbox"/> 転 倒	<input type="checkbox"/> 路 外 逸 脱	<input type="checkbox"/> 衝 突	<input type="checkbox"/> そ の 他		
事 故 状 況													
過 失 割 合 ( 組 合 員 側 の 主 観 的 立 場 の 割 合 )	被 害 者 ( 組 合 員 ・ 被 扶 養 者 )					:	加 害 者						
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**加害者欄**につきましては、判明している場合に記入ください。判明していない場合は空欄で報告ください。

奈良県市町村職員共済組合 保険課

Fax0744-29-8271