
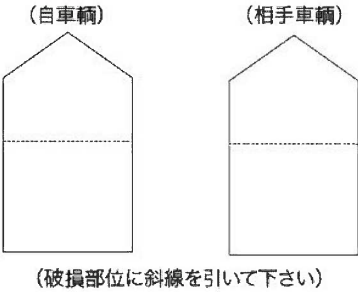


事 故 発 生 報 告 書

自社登録番号			
事故発生日時	年	月	日 (AM / PM) 時 分頃
警察への届出	警察署・派出所		(有 ・ 無)
事故発生場所			
運 転 手	生年月日	年 月 日 (才)	
事 故 状 況	<見取り図>		<説 明>
			
相手保険会社名 /		TEL /	
物 損 事 故	相手車の登録番号 :		相手車の登録番号 :
	相手運転手名 :		自転車・歩行者 :
	住 所 :		相 手 氏 名 :
	T E L :		住 所 :
	勤 務 先 名 :		T E L :
	勤 務 先 TEL :		勤 務 先 名 :
	修 理 工 場 :		勤 務 先 TEL :
	修理工場TEL :		病 院 名 :
破 損 箇 所 :		病 院 TEL :	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">(自車)</div> <div style="text-align: center;">(相手車)</div> </div>  <p style="text-align: center;">(破損部位に斜線を引いて下さい)</p>		入 院 ・ 通 院 :	
<備 考>			