

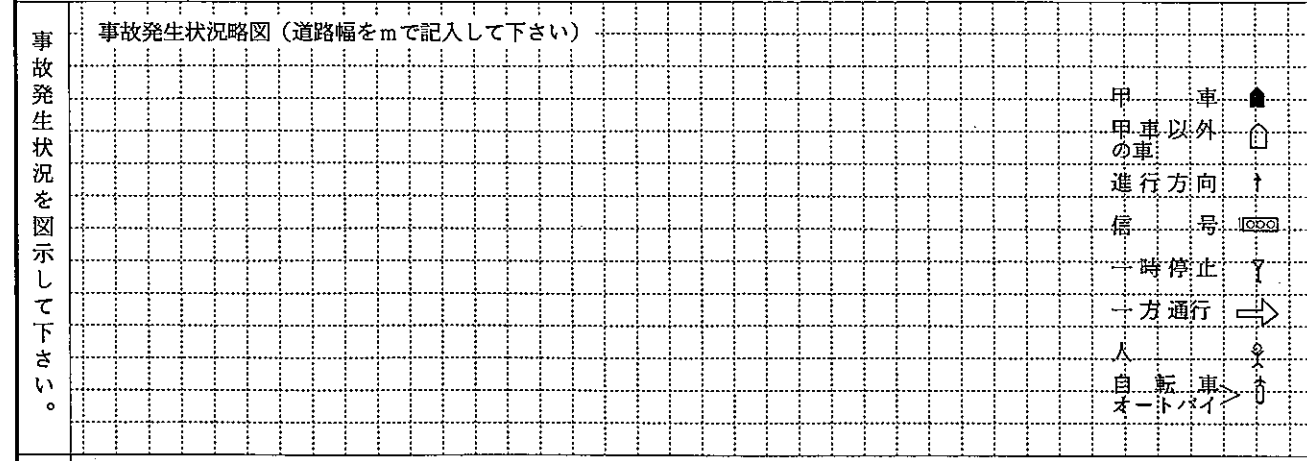
職員自動車事故発生状況報告書

町村生協事故受付センター記入		支部	支部受付日	200	年	月	日
事故受付日	年	月	日	責任者	他ブロック		
受付番号	受付担当者		西暦	支部	受付番号	クレーム	
発信元	町村生協事故受付センター						

<個人情報の利用目的>
 本記載の個人情報については、本件事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査等を含む）、共済金のお支払のために利用します。

貴組合が行う示談代行に同意（1. する 2. しない）
 ※ ○が付されていない場合は同意したものとみなします。

都道府県名	団体名	契約者氏名
団体番号	契約番号	登録番号
運転者氏名(甲)	年齢	才 性別 男・女 他車運転 有・無 (登録番号)
連絡先	運転者	☎
	契約者	☎
契約者との関係	1. 本人 2. 配偶者 3. 父 4. 母 5. 子 6. 兄弟姉妹 7. その他 ()	警察届出 有・無
事故日時	200	年 月 日 時 分 (24時間制) 警察届出 警察署
事故場所	事故区分	1. 対物 2. 対人
対物①	運転者	連絡先 住所 ☎
対物②	運転者	連絡先 住所 ☎
対人①(乙)	死傷者	連絡先 住所 ☎
対人②(丙)	死傷者	連絡先 住所 ☎
対人③(丁)	死傷者	連絡先 住所 ☎
被害者(乙・丙・丁)の状況		運転・同乗(甲車、甲車以外の車)・歩行・その他()
事故発生状況 事故当時の天候 晴・曇・雨・雪・霧 交通状況 混雑・普通・閑散		
事故形態	自車・他車 1. 衝突 2. 接触 3. 追突 4. 溝落 5. 転落 6. 横転 7. 飛石 8. 落石	他物・他人 9. 機関部事故 10. 盗難 11. 火災 12. その他()
速度	甲車 km/h (制限速度 km/h)	甲車以外の車 km/h (制限速度 km/h)
道路状況	見通し (良い・悪い) 道路幅 甲車側 (m) 甲車以外の車側 (m)	
信号又は標識	信号(有り・無し) 一時停止標識(有り・無し) その他標識()	



上記図の説明を
書いて下さい。

上記のとおり報告いたします。 報告者 甲との関係() 氏名 ⑤
 平成 年 月 日 乙との関係()

※損害状況報告

過失認定根拠	判例タイムズ() 図適用	協定(未・済)	
基 本		契約者側	相手方
修正要素	契約者側・相手側()	⊕ ⊖ %	⊕ ⊖ %
	契約者側・相手側()	⊕ ⊖ %	⊕ ⊖ %
	契約者側・相手側()	⊕ ⊖ %	⊕ ⊖ %
過失割合		%	%

契約車両	車両保険の有無	有・無	保険会社名	入庫	1. 未 2. 済 /
	修理工場	☎ 担当		修理	1. 未 2. 済 / 3. 着工中 4. 修理しない

対物①	登録番号	車名・初年度登録等	損害見込額	円
	運転者	男・女(才) 職業	連絡先	☎
	所有者	男・女(才) 職業	連絡先	☎
	修理工場	入庫	1. 未 2. 済 / 3. 着工中 4. 修理しない	相手保険 有・無 会社 ☎ 担当

対物②	登録番号	車名・初年度登録等	損害見込額	円
	運転者	男・女(才) 職業	連絡先	☎
	所有者	男・女(才) 職業	連絡先	☎
	修理工場	入庫	1. 未 2. 済 / 3. 着工中 4. 修理しない	相手保険 有・無 会社 ☎ 担当

対人①	死傷者名	男・女(才) 職業	連絡先	☎
	病院名	☎		入院・通院 全治 日
区分	1. 自車運転手	2. 自車同乗者	症状	死・傷(ムチウチ・骨折・打撲・その他)
	3. 相手運転手	4. 相手同乗者	5. 車外	損傷部位(頭・顔・上肢・下肢・その他)

対人②	死傷者名	男・女(才) 職業	連絡先	☎
	病院名	☎		入院・通院 全治 日
区分	1. 自車運転手	2. 自車同乗者	症状	死・傷(ムチウチ・骨折・打撲・その他)
	3. 相手運転手	4. 相手同乗者	5. 車外	損傷部位(頭・顔・上肢・下肢・その他)

対人③	死傷者名	男・女(才) 職業	連絡先	☎
	病院名	☎		入院・通院 全治 日
区分	1. 自車運転手	2. 自車同乗者	症状	死・傷(ムチウチ・骨折・打撲・その他)
	3. 相手運転手	4. 相手同乗者	5. 車外	損傷部位(頭・顔・上肢・下肢・その他)

自賠償契約者				自賠償 保 険 関 係			
加入車側	会社名	☎	証明書番号				
相手車側	会社名	☎	証明書番号				

支部記載欄	査定専門員名
-------	--------

記入例

職員自動車事故発生状況報告書

生

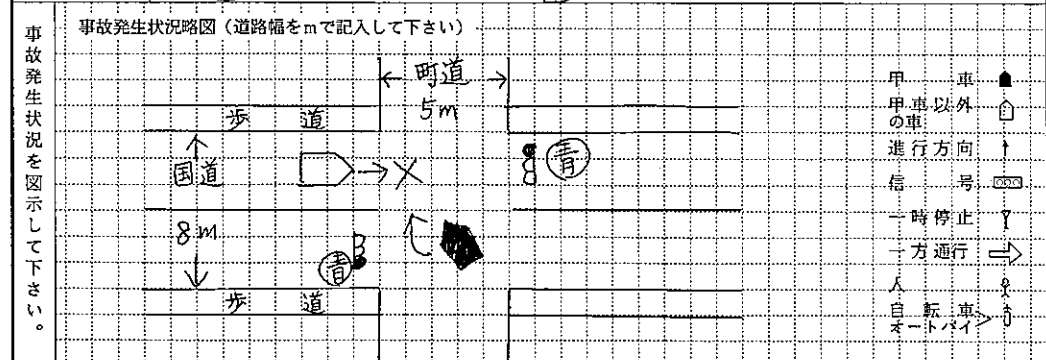
町村生協事故受付センター記入		支部	支部受付日	200	年	月	日
事故受付日	年	月	日	責任者			
受付番号	受付担当者		事故受付番号	他ブロック			
発信元	町村生協事故受付センター		西暦	支部受付番号	クレーム		
			有・無				

<個人情報利用目的>
本記載の個人情報については、本件事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査等を含む）、共済金のお支払のために利用します。

貴組合が行う示談代行に同意 (1)する (2)しない
※ ○が付されていない場合は同意したものとみなします。

都道府県名	東京都	団体名	乙川町	契約者氏名	永田 正
団体番号	01234-01	契約番号	012345678901	登録番号	品川00034444
運転者氏名(甲)	永田 正	年齢	40才	性別	男
連絡先	東京都甲野郡乙川町丙1-2-3		電話番号	00-△△△△-0000	
契約者との関係	①本人 2.配偶者 3.父 4.母 5.子 6.兄弟姉妹 7.その他		警察届出	有・無	
事故日時	2005年1月10日20時00分(24時間制)		警察届出	千代田警察 乙川 署	
事故場所	東京都甲野郡乙川町1丁目交差点		事故区分	①対物 ②対人	
対物①	運転者	千代田花子	連絡先	住所	東京都甲野郡乙川町丙0-△ 00-△△△△-0000
対物②	運転者		連絡先	住所	
対人①(乙)	死傷者	千代田花子	連絡先	住所	東京都甲野郡乙川町丙0-△ 00-△△△△-0000
対人②(丙)	死傷者		連絡先	住所	
対人③(丁)	死傷者		連絡先	住所	

被害者(乙・丙・丁)の状況	運転・同乗(甲車・甲車以外の車)・歩行・その他	
事故発生状況	事故当時の天候	晴・曇・雨・雪・霧
交通状況	混雑・普通・閑散	
事故形態	自車・他車 ①衝突 2.接触 3.追突 4.濡落 5.転落 6.横転 7.飛石 8.落石 他物・他人 9.機関部事故 10.盗難 11.火災 12.その他	
速度	甲車 20 km/h (制限速度 40 km/h)	甲車以外の車 30 km/h (制限速度 40 km/h)
道路状況	見通し ①良い・悪い	道路幅 甲車側(5 m) 甲車以外の車側(8 m)
信号又は標識	信号 有・無し	一時停止標識(有・無し) その他標識



加入車(甲)が信号機のある交差点を青信号で右折する際、対向車(乙)が進行してきたが、甲は右折できるものと判断して右折したところ、漫然と進行してきた乙と衝突した。

上記のとおり報告いたします。
平成17年1月11日 報告者 甲との関係(本人) 氏名 永田 正 (印)
乙との関係(加害者)

記入例

※損害状況報告

過失認定根拠	判例タイムズ()図適用	協定(未・済)	
基 本		契約者側	相手方
修正要業	契約者側・相手側()	⊕ ⊖ %	⊕ ⊖ %
	契約者側・相手側()	⊕ ⊖ %	⊕ ⊖ %
	契約者側・相手側()	⊕ ⊖ %	⊕ ⊖ %
過失割合		%	%

契約車両	車両保険の有無	(有)無	保険会社名	〇〇損害保険(株)	入庫	1.未 2.済 1/10
	修理工場	町村自動車整備工場		修理	①未 2.済 / 3.着工中 4.修理しない	
	電話	0000-△△△△担当 〇〇				

登録番号	品川00034444	車名・初年度登録等	H15年0月車000	損害見込額	1,000,000円
運転者	千代田花子 男・(43才)	職業	地務員	連絡先	甲野郡乙川町丙0-△ 00-△△△△-0000
所有者	同上 男・(43才)	職業	同上	連絡先	同上
修理工場	町村モーターズ	入庫	1.未 2.済 1/11	相手保険	有・無
	電話	△△△△-0000担当 △△	①未 2.済 / 3.着工中 4.修理しない	会社	〇〇損害保険(株)
				担当	□□ △△△△-0000

登録番号	車名・初年度登録等	損害見込額
運転者	男・女(才)	職業
所有者	男・女(才)	職業
修理工場	入庫	1.未 2.済 / 3.着工中 4.修理しない
	修理	相手保険 有・無
		会社 担当

対 死傷者名	千代田花子 男・(43才)	職業	地務員	連絡先	甲野郡乙川町丙0-△ 00-△△△△-0000
対 病院名	〇×△病院		電話番号	00-△△△△-0000	(入院)・通院 全治 7日
対 ① 区分	1.自車運転手 2.自車同乗者	症状	死・傷(ムチウチ・骨折・打撲・その他)		
対 ② 区分	3.相手運転手 4.相手同乗者 5.車外	症状	損傷部位(頭・顔・上肢・下肢・その他)		

対 死傷者名	男・女(才)	職業	連絡先	
対 病院名			入院・通院	全治 日
対 ③ 区分	1.自車運転手 2.自車同乗者	症状	死・傷(ムチウチ・骨折・打撲・その他)	
対 ④ 区分	3.相手運転手 4.相手同乗者 5.車外	症状	損傷部位(頭・顔・上肢・下肢・その他)	

対 死傷者名	男・女(才)	職業	連絡先	
対 病院名			入院・通院	全治 日
対 ⑤ 区分	1.自車運転手 2.自車同乗者	症状	死・傷(ムチウチ・骨折・打撲・その他)	
対 ⑥ 区分	3.相手運転手 4.相手同乗者 5.車外	症状	損傷部位(頭・顔・上肢・下肢・その他)	

自賠責契約者	自 賠 責 保 険 関 係
加入車側	会社名 電話番号 証明書番号
相手車側	会社名 電話番号 証明書番号

支部記載欄	査定専門員名
-------	--------