

交通災害共済
事故発生通知書

届出日 20 年 月 日

電通共済生協 御中

所属 支部 分会

届出人

氏名 (印)

〔連絡先電話 () - ()〕

今般、交通事故が下記の通り発生いたしましたので通知します。

区分コード					
個人コード					
氏名コード					

被災者(被共済者)			加入口数
フリガナ.....	男 (続柄)		□
氏名 (才)	女		
フリガナ.....	男 (続柄)		□
氏名 (才)	女		
フリガナ.....	男 (続柄)		□
氏名 (才)	女		

事故発生年月日	20	年	月	日	曜日	時	分頃
事故発生場所							
被災者が下記の事項について、必ずその該当する欄を で囲んでください。 (記入されていない場合は、問合せすることとなり共済金の支払いが遅れる原因となります。)	事故後最初に通院・入院した病院、日付を必ず記入して下さい。 (病院名) (日付) 20 年 月 日						
	事故発生状況 <だれが(なにで)だれと(なにを)どうしたのか、けがの状態及び治療を要する期日等>を具体的に記入して下さい。						
	(だれが)						
	(何 で)						
運転免許 ① あり ② なし	(だれと)						
	(どうした)						
酒気帯び運転 ① あり ② なし	(状 況)						
公的事故証明書 ① あり ② なし							

注) この通知書は、相当の理由がある場合を除き、事故発生日から 10日以内に支部へ提出して下さい。

届出人「治療終了予定日 20 年 月 日頃」 ボールペンで記入して下さい。