

事故発生通知書

記入日	20	年	月	日
-----	----	---	---	---

被共済者 お名前	フリガナ
-------------	------

①から③の項目すべてにご記入ください。

①事故日	20	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	頃	
②事故発生場所	番地などが不明な場合は、わかる範囲でご記入ください。								
	(都) (道)		(市) (区)		(府) (県) (町) (村) (郡)				
③事故発生の状況 および医療機関 を受診するまで の経過	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。								
	<input type="checkbox"/> 道路上		<input type="checkbox"/> 自宅敷地内		<input type="checkbox"/> 建物内		<input type="checkbox"/> 駅構内(改札内)		<input type="checkbox"/> 駅構内(改札外)
例) 横断歩道を歩行中に、左折してきた自動車に轢かれた。 たまたま通りかかった方が救急車を呼んでくれたため〇〇病院に救急搬送され、入院した。									

以下は、交通事故の場合のみご記入ください。

「状況」、「交通機関」、「事故相手」について、該当するものに してください。

被共済者	状況	<input type="checkbox"/> 交通機関を運転中に発生した事故 <input type="checkbox"/> 他の誰かが運転している交通機関の同乗中に発生した事故 <input type="checkbox"/> 歩行中に発生した事故 <input type="checkbox"/> その他 → []						
	交通機関	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 → []						
事故相手	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 物体 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 → []							

被共済者が交通機関を運転中の事故の場合で、以下に当てはまるものがありますか。「ある」場合 をお願いします。

①	被共済者のハイヤー・タクシーの業務運転中の事故である。	<input type="checkbox"/>
②	被共済者の無免許運転中の事故である。	<input type="checkbox"/>
③	被共済者の酒気帯び運転・飲酒運転中の事故である。	<input type="checkbox"/>