

まごころ共済事故受付票

2023.4

◎下記を正確に記載し、速やかに県共済宛にFAXお願いします◎

FAX送信先番号:083-925-6372

証書番号		事故受付No.		受付日		受付者					
山口県火災共済協同組合 御中		火災共済で記載します		代理所名を記入して下さい							
契約者名	ふりがな	TEL		住所							
運転者名	ふりがな	TEL		住所							
契約者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> その他()			支払対象者人数	当方側 相手側	人 人	特約 <input type="checkbox"/> 対物 <input type="checkbox"/> 車両				
事故車両	登録番号										
事故日	令和	年	月	日	時	分	頃	事故場所			
車両損害状況				自車	相手車		人物・自転車				
事故状況											
警察への届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			署		交番		係官			
届出が無い場合の不届出理由											
当方	①	氏名	ふりがな	年齢	TEL	病院名	損害・傷害の程度				
					住所		入院	日	通院	日	
	②	氏名	ふりがな	年齢	TEL	病院名	損害・傷害の程度				
					住所		入院	日	通院	日	
	③	氏名	ふりがな	年齢	TEL	病院名	損害・傷害の程度				
					住所		入院	日	通院	日	
相手	A	氏名	ふりがな	年齢	TEL	病院名	損害・傷害の程度				
					住所		入院	日	通院	日	
	B	氏名	ふりがな	年齢	TEL	病院名	損害・傷害の程度				
					住所		入院	日	通院	日	
	C	氏名	ふりがな	年齢	TEL	病院名	損害・傷害の程度				
					住所		入院	日	通院	日	
損害物					損害の程度						

※分かる範囲でできるだけ詳しく記載してください。