事 故 通 知 書

FAX 03(5768)0607

株式会社Win保険サービス 行

☆運転者の免許証のコピーをFAXして下さい

☆人身事故の際は自賠責証明書のコピーもFAXして下さい　　通知者

いつ	平成　年　月　日(　)曜日　午前・午後　時　分頃		
どこで	都道 府県	市郡 区	町　村 付近
	道路・路線名	目標物	
	道路の形状　交差点・交差点付近・単路・工事現場内・高速道路		
だれが	フリガナ 運転者氏名	車両登録番号	
	携帯　(　)		
	病院名　☎　(　)		
	受傷部位・診断名　入通院　入院・通院		
だれと	フリガナ 相手運転者氏名　男・女	相手車両登録番号	
	住所	☎　(　) 携帯　(　)	
	勤務先名　☎　(　)　事故担当者		
物損	相手車両 修理工場名　☎　(　)　担当者		
人身	受傷者 氏名(1)　住所　連絡先　☎　(　)		
	病院名　☎　(　)		
	受傷部位・診断名　入院　入院・通院		
	受傷者 氏名(2)　住所　連絡先　☎　(　)		
	病院名　☎　(　)		
	受傷部位・診断名　入院　入院・通院		
届出警察	署　派出所　扱種別　人身・物損		

事故状況図	状況図説明(出来るだけ詳しくお願いします)
事故時速度　相手　Km　損傷部位　相手 自車　Km　自車	