

# 事故発生届

事故受付番号	担当者	補償一課	補償二課
—			

組合員情報	住所				九州トラック交通共済協同組合	
	会社名					受付電話
	電話・携帯		FAX	(担当者)		対人 092-451-7551 対物 092-451-7866
						FAX 092-472-5888
					該当する事故に○印を御記入下さい 対人 搭傷 自損 対物 車輛	

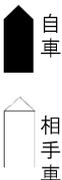
契約車輛	登録番号 ※正確に御記入下さい	福岡 100 あ ○○-○○			運転者(フリガナ)	年齢
						歳

事故日・場所	発生日時	年 月 日 曜日	午前 午後	時 分頃	ドラレコ有無
					有 ・ 無
発生場所				都府 市 区	警察届の有無
				府 県 郡 町	有 無 署

相手方①	対人・対物	フリガナ	(病院名)		連絡先		
		氏名	歳				
		住所	(工場名)		連絡先		
		連絡先	自宅	登録番号	車種		
		会社					
		携帯					
(保険会社名・代理店等)		連絡先	(その他・備考)				

相手方②	対人・対物	フリガナ	(病院名)		連絡先		
		氏名	歳				
		住所	(工場名)		連絡先		
		連絡先	自宅	登録番号	車種		
		会社					
		携帯					
(保険会社名・代理店等)		連絡先	(その他・備考)				

(事故状況図)	(事故状況概略・その他)
<hr/>	



※人身事故の場合は車検証、自賠責証明書と一緒にFAXいただきますようお願いいたします。(2022.5改訂)  
 ※お預かりしました個人情報、当組合の「個人情報保護方針」に基づき取り扱わせていただきます。

# 事故発生届 (追加)

事故受付番号	担当者	補償一課	補償二課
—			

組合員情報	住所				九州トラック交通共済協同組合
	会社名				
	電話・携帯	F A X	(担当者)		対人 092-451-7551 対物 092-451-7866
					F A X 092-472-5888
					該当する事故に○印を御記入下さい
					対人 搭傷 自損 対物 車輛

※相手方欄が足りない場合に御使用下さい

相手方③	対人・対物	フリガナ			(病院名)	連絡先		
		氏名		歳				
		住所			(工場名)	連絡先		
		連絡先	自宅			登録番号	車種	
			会社					
			携帯			(保険会社名・代理店等) 連絡先 (その他・備考)		
相手方④	対人・対物	フリガナ			(病院名)	連絡先		
		氏名		歳				
		住所			(工場名)	連絡先		
		連絡先	自宅			登録番号	車種	
			会社					
			携帯			(保険会社名・代理店等) 連絡先 (その他・備考)		
相手方⑤	対人・対物	フリガナ			(病院名)	連絡先		
		氏名		歳				
		住所			(工場名)	連絡先		
		連絡先	自宅			登録番号	車種	
			会社					
			携帯			(保険会社名・代理店等) 連絡先 (その他・備考)		
相手方⑥	対人・対物	フリガナ			(病院名)	連絡先		
		氏名		歳				
		住所			(工場名)	連絡先		
		連絡先	自宅			登録番号	車種	
			会社					
			携帯			(保険会社名・代理店等) 連絡先 (その他・備考)		