

# ～自動車保険事故受付表～

通報者	様			代理店	(株)ライスコンサルティング FAX.03-6661-6034
	連絡先: ( )		携帯:		
保険会社				証券番号	
運転者	フリガナ 様	住所	フリガナ		
			連絡先: ( )		携帯:
事故日	月 日 時 分 ころ	警察届出	有り ・ 無し	有りの場合 → 警察署	
事故場所	都 県 区 市 郡				
事故内容			図		

修理工場	自車	担当者	Tel.
	相手車	担当者	Tel.

## 対人・対物賠償事故

相手	フリガナ	性別	男 女	年齢	才
住所 連絡先	フリガナ			Tel.	携帯
受傷 部位			傷病名		
医療 機関			住所 TEL		
損害物					

必要書類	①運転免許証
------	--------