

交通災害共済
事故発生通知書

届出日 20 年 月 日

電通共済生協 御中

所属 支部 分会

届出人

氏名

[連絡先電話 () - ()]

今般、交通事故が下記の通り発生いたしましたので通知します。

区分コード					
個人コード					
氏名コード					

被災者（被共済者）			加入口数
フリガナ	男	(続柄)	口
氏名 (才)	女		
フリガナ	男	(続柄)	口
氏名 (才)	女		
フリガナ	男	(続柄)	口
氏名 (才)	女		

事故発生年月日	20 年 月 日 曜日 時 分頃
事故発生場所	
被災者が下記の事項について、必ずその該当する欄を○で囲んでください。	事故後 最初 に通院・入院した病院、日付を必ず記入して下さい。 (病院名) (日付) 20 年 月 日
	事故発生状況〈だれが(なにで)だれと(なにを)どうしたのか、けがの状態及び治療を要する期日等〉を具体的に記入して下さい。
	(だれが)
	(何 で)
運転免許 ① あり ② なし	(だれと)
	(どうした)
酒気帯び運転 ① あり ② なし	(状 況)
公的事故証明書 ① あり ② なし	

注) この通知書は、事故発生日から原則10日以内に提出して下さい。

届出人「治療終了予定日 20 年 月 日頃」 ※ボールペンで記入して下さい。

ご記入いただいた個人情報は、共済金の支払いや、業務遂行のために利用することとし、厳重に管理いたします。
被災者（被共済者）がMyセーフティ（傷害）にご契約のある場合は、別途請求手続きを行なってください。