

交通事故実態調査報告書

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	
被 保 險 者 番 号	新建		組 合 員 氏 名	(年 月 日生)		負 傷 者 氏 名	(年 月 日生)
住 所						電 話 番 号	()
警 察 署 へ の 届 出				交 通 事 故 の 形 態			
有 り ・ 無 し				単 独 事 故 ・ 相 手 有 り			
※現在、連絡を取っている保険会社がある場合は記入してください。							
保 險 会 社 名 ※						担 当 者 名 ※	
保 險 会 社 住 所 ※	〒 TEL ()						
事 故 発 生 日 時	令 和 年 月 日 () 午 前 ・ 午 後 時 頃			事 故 発 生 場 所			
受 診 医 療 機 関 名						入 院 外 来 区 分	入 院 ・ 外 来
事 故 発 生 状 況 略 図							
調 査 結 果 報 告							

令和 年 月 日

上記のとおり調査を報告いたします。

支 部 名 新潟

支 部 長 名 _____ 印

新潟県建築国民健康保険組合 理事長様