

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	印 (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	平成 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 果 果 報 告							

平成 年 月 日

上記のとおり調査を報告いたします。

支 部 名 _____

支 部 長 名 _____ 印

新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿