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

被保険者番号	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。

保険会社名※		担当者名※	
保険会社住所※	〒　　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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

支部長名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

新潟県建築国民健康保険組合 理事長様