

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 ()			事故発生場所			
	午前 ・ 午後 時頃						
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