

事故発生届出書

(対人 対物 車両 搭傷)
該当事故に○印をつけてください

岡山県トラック交通共済協同組合
理事長 殿

年 月 日

共済契約者	所属支部名	TEL	登録番号	車台番号	
		FAX			
	所在地住所	契約内容	対人	自 年 月 日	共済金額
法人名氏	対物 車両		共済期間 自 年 月 日 至 年 月 日	対物 (免責) 万円 車両 (免責) 万円	
発生日時	年 月 日	24時間表示 時 分	発生場所	天候	
該当する方に○印をお願いします。		運行経路の状況 往路・復路	ドライブレコーダー装着 有・無	バックアイカメラ装着 有・無	タコグラフ装着 有・無
事故状況	略 図				
過失割合	自 車 %	: 相 手 %	事故種別: 追突・接触・出会頭・後退時・その他 (
警察への届出	有・無	届出署	署 (分駐隊)	月 日届出	自賠償証明書No.
運転者	氏名	男・女	住所	免許の種類	免許の有効期限
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	免許証番号	年 月 日まで
相手方1	氏名(運転・同乗)	住所	勤務先・連絡先(携帯電話等)	病院名	入・通
	T・S・H・R 年 月 日生	電話番号		電話番号	
相手方2	所有者又は使用者	住所	車番又は損傷物	修理工場	担当者
		電話番号		電話番号	
相手方3	氏名(運転・同乗)	住所	勤務先・連絡先(携帯電話等)	病院名	入・通
	T・S・H・R 年 月 日生	電話番号		電話番号	
車両	修理工場	備考(相手加入共済、保険会社等)			
	電話番号	担当者			

- 人身事故の場合は、自動車検査証と自賠償証明書の写しもFAXして下さい。
 - 車両保険、搭乗者保険、自損事故補償を使用される場合は、運転者の運転免許証のコピー(表・裏)も併せて下記番号へFAXして下さい。
- FAX番号: (086) 234-8500 事故担当ドメイン: hoshu_2@otk.or.jp (はアガ-バ-です。)
- 現場写真、損害写真等を撮られている場合は上記メールアドレスへお送り下さい。