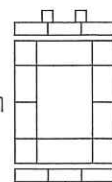



自動車事故受付表

お客様	ユ ニ バ ン ク		担当者	TEL 様	
貸出先	レ ン タ ル		担当者	TEL 様	
報告者	株式会社 サクラレンタル&リース		登録番号		
	担当者	連絡先 様	記入日	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
事故内容	事故日	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 (24時間制) 時 <input type="text"/> <input type="text"/> 分頃	運転者	フリガナ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 運転者なし	
	場所	都・道 府・県	連絡先	自宅 勤務先 携帯	
	状況	天気：晴れ・曇り・雨・雷・その他 () 路面：乾燥・濡れ・凍結・積雪・その他 () ※信号や一時停止、センターラインの種類等はわかる範囲でご記入ください。	住所	〒 <input type="text"/>	
			免許	生年月日 年 月 日 (才) 年 月 日 交付 年 月 日 まで有効 普・中・大型・I種・II種・その他 番(第 号)	
			警察届出	<input type="checkbox"/> あり(人身扱) <input type="checkbox"/> あり(物損扱) <input type="checkbox"/> なし [署] [係官] 不能 <input type="checkbox"/> 単独事故 <input type="checkbox"/> 駐車場内等私有地 理由 <input type="checkbox"/> 損傷軽微 <input type="checkbox"/> 届出受理されず <input type="checkbox"/> その他 ()	
			自車	km <input type="text"/> 	
			相手車	km <input type="text"/>  破損部位を記入	
自車両	工場名	連絡先			
	担当： 様	<input type="checkbox"/> 入庫済 <input type="checkbox"/> 未入庫 <input type="checkbox"/> 入庫予定	月 日	<input type="checkbox"/> 未定 ●車両搬送の必要性 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
対物	運転者	フリガナ <input type="text"/>	住所	〒 <input type="text"/>	
	所有者	フリガナ <input type="text"/>	住所	〒 <input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> 運転者と同じ <input type="checkbox"/> 車以外			
		登録番号 <input type="text"/>	車名(被害物) <input type="text"/>	色() <input type="text"/>	相手保険会社 <input type="text"/>
	工場名 <input type="text"/>	連絡先 <input type="text"/>	担当者 <input type="text"/>	担当者 連絡先 <input type="text"/>	
負傷者	<input type="checkbox"/> 自車運転者 <input type="checkbox"/> 自車同乗者 <input type="checkbox"/> 相手車運転者 <input type="checkbox"/> 相手車同乗者 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> その他 ()	運転者 フリガナ <input type="text"/> 住所 〒 <input type="text"/> 性別(男・女・不明) 生年月日 年 月 日 入院の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 受傷部位 症状	その他 フリガナ <input type="text"/> 住所 〒 <input type="text"/> 性別(男・女・不明) 生年月日 年 月 日 入院の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 受傷部位 症状	自宅 勤務先 携帯	
				自宅 勤務先 携帯	
					自宅 勤務先 携帯
					自宅 勤務先 携帯
【自車の契約保険会社への申し伝えが有ればご記入ください】					