

(様式2) ファミリー・サポート・センター⇒女性労働協会 (FAX: 03-3456-4420)

## 2024年度「移動サービス専用自動車保険」事故報告書

「移動サービス専用自動車保険」において対象となる事故は、移動支援サービス提供中の事故に限ります。別添の①輸送記録(※)、②経路図により、移動支援サービス提供中の事故であることを確認済みです。可能な範囲で事故状況をご記入ください。

(※) 管理者が、運転者ごとに、使用車両、利用日、利用者、乗降場所、乗降時刻等を記録(1日ごと)

|  |   |
|--|---|
| 証券番号:                                    |   |
| ①契約者・<br>記名被保<br>険者情報                    | ファミリー・サポート・センター名(担当者名) TEL<br>住所 〒 FAX<br>E-mail            |
| ②事故内容                                    | 発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分頃                                       |
|  | 発生場所 警察署  |
|  | 事故状況(できるだけ具体的に)   |
| ③当方                                      | (フリガナ)<br>運転者(提供会員)氏名 電話<br>生年月日 年 月 日<br>免許有効期限<br>年 月 日まで |
|  | 登録番号(Noプレート) 車名(被害物)  |
|  | 修理工場名 (担当: 様) 電話:   |
| <対人事故の場合、当方車両の自賠責保険の情報>                  |   |
| 保険会社名: 証明書番号:<br>保険期間: 年 月 日 ~ 年 月 日     |   |
| ④相手                                      | (フリガナ)<br>運転者氏名 住所<br>電話                                    |
|  | (フリガナ)<br>所有者名 住所<br>電話                                     |
|  | 登録番号(Noプレート) 車名(被害物)  |
|  | 修理工場名 (担当: 様) 電話:   |
|  | 相手加入の保険会社 (担当: 様) 電話:                                       |
| <対人事故の場合下記に記載>                           |   |
| 受傷者氏名(フリガナ): 連絡先(住所・電話):                 |   |
| 医療機関名・電話:<br>受傷内容:                       |   |
| 上記の事故は、対象となる事業のサービス提供中に生じた事故であることを証明します。 |   |
| 加入団体所在地<br>加入団体名<br>代表者氏名 印 担当者名         |   |