

年 月 日

様

事故受付シート  
 Mail : info@indy-hoken.co.jp  
 Fax:03-6800-5988

株式会社インディ  
 〒100-0006  
 東京都千代田区有楽町 1-6-3  
 日比谷颯川ビル 9 階  
 TEL:03-6550-8232

いつもお世話になっております。

さっそくですが、\_\_\_\_\_の自動車事故の件につきまして、

以下の項目をご記入のうえメールか F A X にてご返送下さいます様お願い申し上げます。

円滑な保険金支払いの為に、なるべくお早めをお願い申し上げます。

事故日時	2 0 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
事故発生場所			
事故内容			
届出警察			
当 方 車 両 等 に つ い て	運転していた方	氏名	生年月日
		携帯番号	
	車両ナンバー & 車種		
	損害状況 (品名、修理金額等)		
相 手 車 両 等 に つ い て	修理工場	修理工場名 :	担当者 :
	修理される場合のみご記入ください	連絡先 :	
		入庫予定日 :	
相 手 車 両 等 に つ い て	運転していた方	氏名	
		住所	
		連絡先 (携帯番号など)	
	車両ナンバー & 車種		
相 手 車 両 等 に つ い て	損害状況 (品名、修理金額等)		
	修理工場	修理工場名 :	担当者 :
		連絡先 :	
		入庫予定日 :	
御社事故担当者	氏名	所属支店/部署	
	TEL	FAX	

運転されていた方の免許証のコピー (両面) をあわせて F A X して頂きます様お願い申し上げます  
 上記のご報告がないと相手側との交渉を始めることができませんので、お早めにご返信頂きます様お願い申し上げます。

事故状況を図でご記入下さい

○：当方車両      △：相手車両

当方速度（時速約      キロ）      相手速度（時速約      キロ）

