

(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)

2025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・ 記名被保 険者情報	ファミリー・サポート・センター名(担当者名) TEL 住所 〒 FAX 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) 運転者(提供会員)氏名 電話 生年月日 年 月 日 免許有効期限 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: 保険期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	
④相手	(フリガナ) 運転者氏名 住所 電話
	(フリガナ) 所有者名 住所 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: 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 〒 加入団体名 代表者氏名 印 担当者名	