

## 2026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。  
(※) 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加入団体	センター名		担当者名
	住所	電話	
	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	運転者(提供会員)氏名(フリガナ)	電話番号	
		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	運転者氏名(フリガナ)	住所	
		電話	
	所有者名(フリガナ)	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・電話番号:			
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