

自動車共済 事故受付票（FAX専用）

専用FAX番号

0120-894-931

電話をご利用いただけない方のために、JA共済事故受付センターに専用の「事故受付窓口」を設置し、FAXによる事故受付を行っております。
以下をご記入のうえ左記番号までお送りくださいますようお願いいたします。
※おかけ間違いのないようご注意ください。

お急ぎの場合には、窓口の方が、JA共済事故受付センターにお電話にて、ご連絡ください。

➡ JA共済事故受付センター ☎ 0120-258-931
(24時間365日受付)

レッカー・ロードサービスが必要な場合には、JA共済サポートセンターまで、お電話にて、ご連絡ください。なお、サービスのご利用にあたっては、所定の条件がございます。
詳細については、「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。

➡ JA共済サポートセンター ☎ 0120-063-931
(24時間365日受付)

今後の窓口等	窓口の方のお名前	(カナ)	ご契約者様 とのご関係	☐ ご契約者様 ☐ 自車運転者 ☐ ご家族 ☐ その他 ()	
	窓口の方のご連絡先	(TEL)		FAX 送信者	☐ ご契約者様 ☐ その他(お名前・TEL) ☐ 窓口の方

本紙のFAX受信後、今後の窓口の方へ、事故受付センターよりお電話にてご連絡させていただき、事故の詳細をお伺いします。

自動車共済契約の内容等	*加入先JAの都道府県名	*JA名		【*】欄は、ご契約を確認するための必要項目となりますので必ずご記入願います。ご記入にあたっては、自動車共済証書をご参照ください。	
	*県・組合支所番号	*契約番号		ご契約のお車 (車名・色)	
	*ご契約者様のお名前	(カナ)		*登録番号 (ナンバープレート)	
	ご契約者様のご住所	都道府県		市区郡	ご契約者様のご連絡先 (TEL)

事故の内容	事故日	年 月 日	午前・午後 時 分頃	天候	運転者	☐ ご契約者様 ☐ その他の方 ()
	事故場所	都道府県 市区郡				
	おケガの有無	☐ あり⇒ ☐ 運転者 ☐ 同乗者 (お名前:) 医療機関 (名称・TEL) ☐ なし				
	警察届出	☐ あり (人身・物損) 【 署 】 修理工場 (名称・TEL) ☐ なし				
	【状況】	【説明】				
	凡 自車 相手車 バイク 人間					

お相手の情報	お相手のお名前	(カナ)	お相手のご連絡先	(TEL)
	お相手のご住所	都道府県	登録番号 (ナンバープレート)	
	おケガの有無	☐ あり ☐ なし	車以外の被害物	☐ あり () ☐ なし
	医療機関 (名称・TEL)	修理工場 (名称・TEL)		

※紙面が足りない場合は、白紙に追記していただき、本紙と同じタイミングでFAX送信をお願いいたします。

＜個人情報のお取り扱いについて＞①個人情報が必要な範囲で利用することがあります。②個人情報を関係先等に提供し、また提供を受けることがあります。③必要な範囲で個人情報を第三者に提供することがあります。詳細については、「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。

全国共済農業協同組合連合会の個人情報のお取り扱い等の詳細は、JA共済のホームページをご覧ください。また、組合の個人情報保護方針等につきましては、ご加入先の組合にてご確認ください。JA共済

自動車共済 事故受付票（FAX専用） ご記入例

専用FAX番号

0120-894-931

電話をご利用いただけない方のために、JA共済事故受付センターに専用の「事故受付窓口」を設置し、FAXによる事故受付を行っております。
以下をご記入のうえ左記番号までお送りくださいますようお願いいたします。
※おかけ間違いのないようご注意ください。

お急ぎの場合には、窓口の方が、JA共済事故受付センターにお電話にて、ご連絡ください。

⇒ JA共済事故受付センター ☎ 0120-258-931
(24時間365日受付)

レッカー・ロードサービスが必要な場合には、JA共済サポートセンターまで、お電話にて、ご連絡ください。なお、サービスのご利用にあたっては、所定の条件がございます。
詳細については、「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。

⇒ JA共済サポートセンター ☎ 0120-063-931
(24時間365日受付)

今後の窓口等	窓口の方のお名前	(カナ) キョウサイ ジロウ 共済 二郎 様	ご契約者様 とのご関係	☐ ご契約者様 ☐ 自車運転者 ☒ ご家族 ☐ その他 ()
	窓口の方のご連絡先	(TEL) 03-●●●●-XXXX	FAX 送信者	☐ ご契約者様 ☐ その他(お名前・TEL) ☒ 窓口の方

本紙のFAX受信後、今後の窓口の方へ、事故受付センターよりお電話にてご連絡させていただき、事故の詳細をお伺いします。

自動車共済契約の内容等	*加入先JAの都道府県名	東京都	*JA名	JA東京都	「*」欄は、ご契約を確認するための必要項目となりますので必ずご記入願います。ご記入にあたっては、自動車共済証書をご参照ください。	
	*県・組合支所番号	13-000-000	*契約番号	12345	ご契約のお車 (車名・色)	カローラ・白
	*ご契約者様のお名前	(カナ) キョウサイ タロウ 共済 太郎 様	*登録番号 (ナンバープレート)	品川-500-あ-●●●●	*ご契約者様のご連絡先	(TEL) 03-●●●●-XXXX
	ご契約者様のご住所	東京 都道府県 千代田 市 区 平河町○○○○				

事故の内容	事故日	H.30 年 10 月 ●● 日 午前・午後 7 時 30 分頃	天候	晴	運転者	☒ ご契約者様 ☐ その他の方 ()
	事故場所	東京 都道府県 千代田 市 区 東平河町XXXX				
	おケガの有無	☒ あり⇒ ☒ 運転者 ☐ 同乗者 (お名前:)		医療機関 (名称・TEL)	平河医院 03-●●●●-XXXX	☐ なし
	警察届出	☒ あり (人身・物損) 【平河 署】 ☐ なし		修理工場 (名称・TEL)	東平河整備工場 03-●●●●-XXXX	
	【状況】					
	【説明】	一時停止の標識を見落として、右折しようとしたところ、 右側から直進してきた相手車と衝突してしまいました。				

お相手の情報	お相手のお名前	(カナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子 様	お相手の ご連絡先	(TEL) 03-XXXX-●●●●
	お相手の ご住所	東京 都道府県 千代田 市 区 西平河町○○○○	登録番号 (ナンバープレート)	品川-300-い-XXXX
	おケガの有無	☒ あり ☐ なし	車以外の被害物	☒ あり (ガードレール) ☐ なし
	医療機関 (名称・TEL)	平河医院 03-●●●●-XXXX	修理工場 (名称・TEL)	西平河整備工場 03-●●●●-XXXX

※紙面が足りない場合は、白紙に追記していただき、本紙と同じタイミングでFAX送信をお願いいたします。

＜個人情報のお取り扱いについて＞①個人情報を必要な範囲で利用することがあります。②個人情報を関係先等に提供し、また提供を受けることがあります。③必要な範囲で個人情報を第三者に提供することがあります。詳細については、「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。

全国共済農業協同組合連合会の個人情報のお取り扱い等の詳細は、JA共済のホームページをご覧ください。また、組合の個人情報保護方針等につきましては、ご加入先の組合にてご確認ください。JA共済