

事故発生状況報告書(被保険者用)

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|------------|-----|-----------------|-------|
| 事故証明書番号 | 第 号 | 当事者 | 甲 (加害者) | 氏名 | | |
| 自動車の番号 | | | 乙 (被害者) | 氏名 | 運転・同乗 歩行・その他 | |
| 天 候 | 晴・曇・雨・雪・霧・() | 交通状況 | 混雑・普通・閑散 | 明暗 | 昼間・夜間・明け方・夕方 | |
| 道路状況 | 舗装(してある・してない)・歩道(ある・ない)・道路の見通し(良い・悪い) 中央車線(ある・ない)・道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路) | | | | | |
| 信号又は標識 | 信号(ある・ない)・自車側信号(青・赤・黄)・相手方信号(青・赤・黄) 駐停車禁止(されている・されていない)・その他標識() | | | | | |
| 速 度 | 甲車両 | Km/h(制限速度 | Km/h) | 乙車両 | Km/h(制限速度 | Km/h) |
| 事故現場状況図 | (右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。) | | | | | |
| | <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end; gap: 10px;"> <div>自 車(乙) </div> <div>相手車(甲) </div> <div>進行方向 </div> <div>信 号 </div> <div>一時停止 </div> <div>人 </div> <div>自 転 車 ハ イ ク </div> </div> | | | | | |
| 事故発生 の状況 (経緯) | | | | | | |
| 被害者の 負傷 状況 | 日 | <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | 時間帯 | <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() <small>(パート・アルバイト含む)</small> | | | | |
| | 場所 | <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | 労災特別加入※ | (被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無 | | | | |
| 上記内容に間違いありません。 年 月 日 届出者(被保険者): 印 | | | | | | |

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰って下さい。※社長、役員等の経営者が加入する労災保険