

事 故 発 生 状 況 報 告 書

| | | | | | | |
|---|--|--|------------|----|-----------------|--|
| 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="border: 1px solid black; width: 480px; height: 240px; margin: 0 auto;"></div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">自 車(乙)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">相手車(甲)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">進行方向</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">道 号</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">一時停止</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">人</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">自 転 車 バ イ</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>(パトロール時含む)</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。 平成 年 月 日 届出者(被保険者): 印 | | | | | | |

(主)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。
※社費、役員等の経費者が加入する労災保険