

# 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)			

(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。)

事 故 現 場 状 況 図	<div style="border: 1px solid black; width: 90%; margin: 5px auto; min-height: 200px;"></div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 5px;">自 車(乙)</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 5px;">相 手 車(甲)</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 5px;">進 行 方 向</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 5px;">信 号</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 5px;">一 時 停 止</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <span style="margin-right: 5px;">人</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="margin-right: 5px;">自 転 車 バ イ ク</span> </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。	令和 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