

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: auto; min-height: 180px;"></div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 自 車(乙) </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 相手車(甲) </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 信 号 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 人 </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 自 転 車 バ 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 <small>(パート・アルバイト含む)</small> <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他()
	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