

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="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end; gap: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">自 車(乙) </div> <div style="display: flex; align-items: center;">相手車(甲) </div> <div style="display: flex; align-items: center;">進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">信 号 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">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 <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。 平成 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