

※被保険者の過失が大の場合でも、負傷した被保険者はすべて被害者となります。

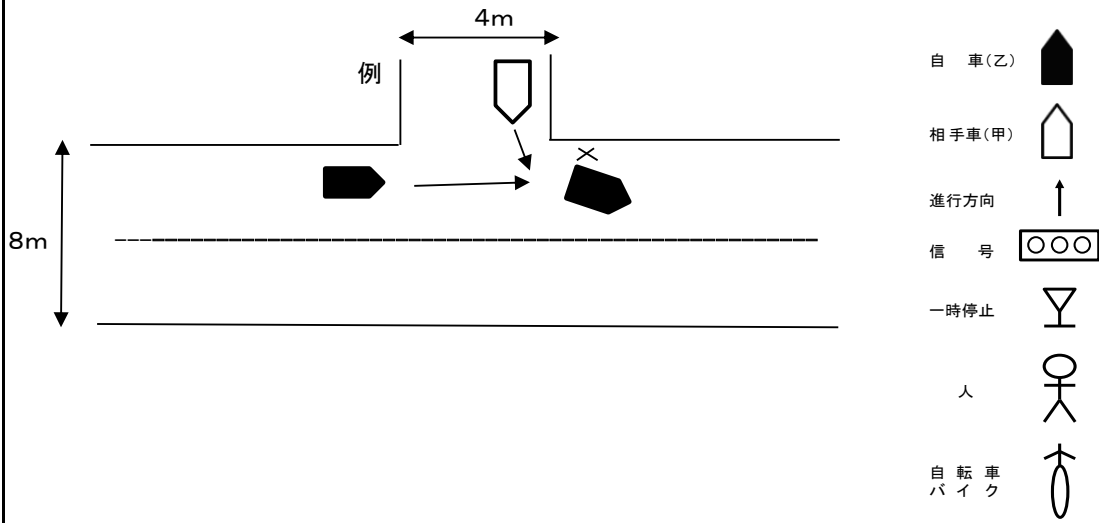
事故発生状況報告書

相手加害者の自賠責保険の証明書番号

事故証明書番号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 石岡 花子						
自動車の番号	土浦〇〇 あ 〇〇-〇〇 ※相手加害者の登録番号		乙 (被害者)	氏名 石岡 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 運転 ・ 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 ・ その他					
天 候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧 ()	交通状況	混雑	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 閑散	明暗	<input checked="" type="checkbox"/> 昼間	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 明け方	<input type="checkbox"/> 夕方
道路状況	舗装 (<input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない) ・ 歩道 (<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない) ・ 道路の見通し (<input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 中央車線 (<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない) ・ 道路の状態 (<input checked="" type="checkbox"/> 直線 <input type="checkbox"/> カーブ <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂 <input type="checkbox"/> 積雪路 <input type="checkbox"/> 凍結路)									
信号又は標識	信号 (<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない) ・ 自車側信号 (<input checked="" type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄) ・ 相手方信号 (<input checked="" type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄) 駐停車禁止 (<input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない) ・ その他標識 ()									
速 度	甲車両 60 Km/h (制限速度 60 Km/h) ・ 乙車両 30 Km/h (制限速度 40 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



(例)直進道路に差し掛かり、左折しようとしたところ、右側から来た甲車両と衝突し、負傷した。

※交通事故発生状況略図の説明を出来るだけ詳細に記載してください。

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

提出日

届出者(被保険者): 石岡 太郎 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