








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) ・ 自転車信号 (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; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; height: 200px; margin-right: 10px;"></div> <div style="flex: 0.5;"> <p>自 車(乙) </p> <p>相 手 車(甲) </p> <p>進行方向 </p> <p>信 号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自 転 車 バ イ ク </p> </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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 届出者(被保険者): 印 </div>						

(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