





















## 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 (電話)																						
自動車の番号			乙 (被害者)	氏名 (電話)	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)・道路の状況(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)・自動車側信号(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	(下の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください)																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">自 車</td> <td style="width: 15%;">車</td> <td></td> </tr> <tr> <td>相 手 車</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>進 行 方 向</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>信 号</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>一 時 停 止</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>人 間</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>自 転 車 オートバイ</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						自 車	車		相 手 車			進 行 方 向			信 号			一 時 停 止			人 間			自 転 車 オートバイ	
自 車	車																									
相 手 車																										
進 行 方 向																										
信 号																										
一 時 停 止																										
人 間																										
自 転 車 オートバイ																										
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(パート・アルバイト含む) <input type="checkbox"/> 通勤途中 <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。																										
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」と記入した上で、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

※社長、役員等の経営者が加入する労災保険