








# 事故発生状況報告書

自賠責証明書 番号(加害者)	第 _____ 号	当 事 者	甲 (加害者)			
自動車の番号 (加害者)			乙 (被害者)		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) ・ 自動車側信号(青・赤・黄) ・ 相手側信号(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で記入して下さい。)					
					<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-start; gap: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;">自車(乙) </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;">相手車(甲) </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;">進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;">信号 </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;">一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;">人 </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;">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・休暇も含む) <input type="checkbox"/> その他( )				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他( ) <small>(パート・アルバイトも含む)</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			届出者(被保険者) :			

(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ください。  
※社長、役員等の経営者が加入する労災保険