

# 事故発生状況報告書

事故証明書番号	第001-23456789号	当事者	甲 (加害者)	氏名 加害 二郎	国民健康保険の被保険者を乙の欄に記入してください。
自動車の番号	群馬000あ00-00		乙 (被害者)	氏名 中之条 花子	
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 ) ・ 自転車側信号 ( <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 40 Km/h (制限速度 50 Km/h) ・ 乙車両 50 Km/h (制限速度 50 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。)				
事故発生状況(経緯)	信号機(信号機は青)のある十字路交差点を直進中に、右折して来た甲車と衝突した。				
被害者の負傷状況	日	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 届出者(被保険者): 中之条 花子 (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