

事 故 発 生 状 況 報 告 書

事故証明書番	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	(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: center; 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>					
状況(発生の経緯)						
被害者の状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他()				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中(パート・アルバイトを含む) <input type="checkbox"/> 通勤途上 <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。						
年 月 日			届出者(被保険者):			印
鹿 沼 市 長 宛						

(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、届出者に署名又は記名押印をしてもらってください。

※社長、役員等の経営者が加入する労災保険についてのみ記入してください。