



# 「事故状況報告書」のご記入例

## ○死亡保険金を請求いただく場合

- ・ 請求される方またはご遺族の方がご記入ください。（請求される方が法人の場合も同様です。）
- ・ 請求される方が未成年者の場合、請求される方または親権者の方がご記入ください。

## ○死亡保険金以外を請求いただく場合

- ・ 受傷された方ご本人がご記入ください。（請求される方が法人の場合も同様です。）
- ・ 受傷された方が未成年者の場合、受傷された方または親権者の方がご記入ください。
- ・ 受傷された方がご記入できない事情（重傷等）がある場合、請求される方がご記入ください。

（ご注意）ご提出の内容により事実確認を実施させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

今回事故により受傷された方の氏名・職業をご記入ください。

弊社以外の保険のご加入についてご記入ください。またお差し支えなければ、会社名およびその状況についてご記入ください。

今回事故の発生した日時・場所についてご記入ください。

事故状況を目撃した方がいる場合、ご記入ください。

事故の発生状況や、関係者（相手方）、交通事故の場合、車種・交通の目的・行先・現場見取り図等も含め、できるだけ詳しくご記入ください。

交通事故の場合は必ずご記入ください。受傷者が同乗者の場合は運転者についてご記入ください。事故時の運転者について運転免許証の有無・免許取得日・免許の条件・有効期限・免許の種類をご記入ください。

### 事故状況報告書

報告者は受傷者または請求者となります。  
(未成年者の場合は、親権者によるご記入も可とします。)

報告日	2014年 3月 10日	報告者	氏名（自署） <b>平成 太郎</b>
-----	--------------	-----	------------------------

宛先：ジブラルタ生命保険株式会社  
下記のとおり事故状況を報告します。  
必要があれば、貴社より事故および受傷状況について関係者・病院などに照会ください。

受 傷 者 情 報	受傷者	上記報告者と同一 氏名		
	勤務先	ヘアサロン△△△	仕事内容	美容師
	労働災害の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 業務災害 (休業補償・障害補償) [第 級 号]・その他 [ 級 号]・その他 [ 級 号]・その他 [ 級 号]		
	他社加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 会社名 <b>□□生命</b>	<input type="checkbox"/> 未請求 <input checked="" type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 受領済 会社名 <b>〇〇損害保険</b>	<input type="checkbox"/> 未請求 <input checked="" type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 受領済 会社名 <b>△△共済</b>

事故日	2014年 1月 15日 午前 10時頃	事故時	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 業務中 <input type="checkbox"/> 2. 通勤中 <input type="checkbox"/> 3. 非従業員中
場所	東京都世田谷区 等々力不動前交差点	飲酒	<input type="checkbox"/> 有    酒の種類    飲酒の量 <input type="checkbox"/> 未
現場目撃者又は立会人	ふりがな とどろき ごろう 氏名 <b>等々力 五郎</b> 受傷者との関係(事故の相手方) 連絡先 0123(1000)1111	飲酒日時	月 日 午前 時頃 ~ 午後 時頃

1. 事故発生状況（事実を詳細にご記入ください）  
事故が新聞に掲載された場合は、その切抜きを添付してください。

**目黒方面を回送中、交差点で信号待ちしていたところ、等々力五郎さんの運転するバイクに追突されました。**

2. 受傷後の処理（ 救急搬入     当日受診     後日受診）

**救急車で〇〇病院へ運ばれ、即日入院となる。**

状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中(※1) <input type="checkbox"/> 自転車乗車中(※2) <input type="checkbox"/> 歩行中(※2)	※1 受傷者が同乗中の場合、下記項目は運転者についてご記入ください。
車 種	<input checked="" type="checkbox"/> 普通自動車 <input type="checkbox"/> 中型自動車 <input type="checkbox"/> 大型自動車( t ) <input type="checkbox"/> 自動二輪車( cc ) <input type="checkbox"/> 原付自転車(50cc以下) <input type="checkbox"/> 大型特殊自動車 <input type="checkbox"/> 小型特殊自動車    その他( )	
警察への届出	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → ( 世田谷 ) 警察署へ届出済 <input type="checkbox"/> 無 → 理由( )	
運転免許証の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有    免許取得日 <b>1987年 6月 12日</b> 有効期限 <b>平成 28年 10月 10日まで有効</b> <input type="checkbox"/> 無	免許の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 小型 <input type="checkbox"/> 特別 普通二輪の場合は、必ず下記の限定条件を選択してください。 <input type="checkbox"/> 限定なし

現場見取り図  
(交通事故の場合 受傷者の車 ◀ 相手の車 ▶ で図示してください)

当報告書にご記入いただく方(受傷者または請求者)がご署名ください。

今回の受傷による労働(公)災害適用の有無・等級をご記入ください。申請中の場合はその他欄に(申請中)とご記入ください。

事故時の就業状況についてご記入ください。

飲酒の有無についていずれかを○で囲んでください。飲酒有りの場合、酒の種類・飲酒の量・飲酒日時についてご記入ください。

受傷後、主治医受診に至る経過(受診した病院・医師名・病院への移送方法等)をできるだけ詳しくご記入ください。主治医受診までに他の病院で治療を受けられた場合には、その病院名・医師名もご記入ください。

運転免許証をご確認のうえ有効期限をご記入ください。

普通自動二輪の場合限定条件について○で囲んでください。

企保-659(2015.05)