

事故状況報告書(団体保険用)

必ずご提出ください。



日本生命保険相互会社 行

※受傷された方がご記入ください。なお、重傷または未成年者等で記入できない場合は、親族または事故を証明できる方がご記入ください。
※<続柄について>ご本人が記入する場合、『本人』とご記入ください。事務担当者が記入する場合、例『事務担当者』『総務』等ご記入ください。

記入日	(和暦) 年 月 日	記入者 (自署)	以下の内容に相違ありません。 受傷された方との続柄 ()
-----	---------------	-------------	----------------------------------

1	受傷者名	職業 (勤務先)	仕事の内容
2	事故発生日時 (和暦) 年 月 日 午前・午後 時 分	事故発生場所	

I. 事故状況をご記入ください。(該当箇所に1つ〇印をつけてください)

3	発生原因	<input type="radio"/> ① 偶然・誤って <input type="radio"/> ② 自分の意思により <input type="radio"/> ③ 病気により <input type="radio"/> ④ その他
4	事故内容	※事故の直接の原因となったものを以下から1つ選択のうえ、数字に〇印をつけてください。 【 】がある場合は、【 】内に記入、あるいは、あてはまる項目に〇印をご記入ください。 <input type="radio"/> ① 転倒した・つまづいた・くじいた・ひねった <input type="radio"/> ② 階段・段差・はしご・椅子・遊具・ベッドから転落した <input type="radio"/> ③ 高所・がけ等から転落した (転落高度 【 】メートル) <input type="radio"/> ④ 交通事故 (「II. 交通事故の場合」もご記入ください。) <input type="radio"/> ⑤ 火傷した <input type="radio"/> ⑥ おぼれた <input type="radio"/> ⑦ 衝突した・ぶつかった⇒ 何と【 人・落下物・静止物・その他 】 どこを【 頭部(眼球含む)・その他の部位 】 <input type="radio"/> ⑧ 切れた・刺さった・はさんだ⇒ 何で【 刃物・機械・その他 】 どこを【 頭部(眼球含む)・その他の部位 】 <input type="radio"/> ⑨ 窒息した ⇒ 何で【 】 <input type="radio"/> ⑩ その他・上記以外の事故 ※以下へ詳細をご記入ください。
事故状況詳細 ※事実を詳細にご記入ください。内容が不明な場合は別途お伺いすることがあります。		

II. 交通事故の場合は、以下もご記入ください。(該当箇所に〇印をつけてください)

5	事故時の状況	<input type="radio"/> ① 運転中 <input type="radio"/> ② 同乗中 <input type="radio"/> ③ 歩行中 <input type="radio"/> ④ 自転車走行中 <input type="radio"/> ⑤ その他 → ()
6	事故当時の飲酒の有無	<input type="radio"/> ① 有 <input type="radio"/> ② 無 ※ ①運転中、③歩行中、④自転車走行中、⑤その他 の場合は、今回受傷された方について、 ②同乗中 の場合は、今回の事故で運転されていた方について、〇印をつけてください。
※事故時の状況で、「①運転中」を選択した場合のみ以下の欄もご記入ください。		
7	運転していた車種	※ 〇印をご記入ください。 大型 (準)中型 普通 400cc超 400cc以下 125cc以下 原付 大特殊 小特殊 その他 自動二輪車
8	免許証の有無	<input type="radio"/> ① 有 <input type="radio"/> ② 無
※免許証の有無で「①有」を選択した場合のみ以下の欄もご記入ください。		
9	免許証の内容	有効期限 (和暦) 年 月 日 まで有効 免許証番号 第 号 取得年月日 (和暦) 年 月 日 免許証の種類 大型 (準)中型 普通 大特 大自二 普自二 小特 原付 けん引 大二 中二 普二 大特二 けん引二
10	警察への届出	<input type="radio"/> ① 有 <input type="radio"/> ② 無 ※警察に届出済の場合は、「交通事故証明書」も提出ください。 ※ 〇印をご記入ください。

III. 業務上の事故で以下に該当される場合は、代表者・労務担当責任者または所属長の証明をお受けください。(該当箇所に〇印をつけてください。)

11	① 有	労災保険の状況	障がい補償の場合 級 号	⇒	本用紙の記載内容は事実と相違ないことを証明する。 (和暦) 年 月 日 団体名 役職・氏名 (印)
		請求中 支給済 未請求			
	② 無				