

※交通事故以外によるケガなどの場合もご提出ください。

(被保険者) 受傷者	住所						
	氏名	(フリガナ)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日
	職業	できるだけ具体的に					
事故発生	日時	年 月 日	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時	分	頃	
	場所						
(該当する事項に☑を付けてください) 事故の種類	<input type="checkbox"/> 従業中 <input type="checkbox"/> 非従業中	<input type="checkbox"/> 労災保険適用 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <ul style="list-style-type: none"> ● 労災保険 → <input type="checkbox"/>未加入 <input type="checkbox"/>加入 ● 休業補償 → <input type="checkbox"/>請求中 <input type="checkbox"/>受取済 ● 障害補償 → <input type="checkbox"/>請求中 <input type="checkbox"/>受取済 					
		<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="radio"/> 運転 <input type="radio"/> 同乗 <input type="radio"/> 歩行 <ul style="list-style-type: none"> ● 警察への届出 → <input type="radio"/>有 <input type="radio"/>無 (有の場合、自動車安全運転センター発行の交通事故証明書も一緒にご提出ください) <p>運転中の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 免許証(事故時点で有効なもの) → <input type="radio"/>有 <input type="radio"/>無 ● 有効期限 _____ 年 月 日 ● 免許番号 _____ ● 取得年月日 _____ 年 月 日 ● 種類 <input type="radio"/>普通 <input type="radio"/>中型 <input type="radio"/>大型 <input type="radio"/>普二 <input type="radio"/>大二 <input type="radio"/>その他 _____ <input type="checkbox"/> その他 [例:歩行中、自転車走行中、趣味・レジャーなど] ● _____ 					
事故の原因および状況 (詳細に)				事故現場図			
上記のとおり証明(報告)します。				年 月 日			
住所 _____							
証明者 _____				印: 受傷者との関係()			
(受傷者または目撃者等)							

(注) 従業中の事故の場合は会社に証明していただいでください。