

「事故状況報告書（団体保険用）」の記入例

- 「事故状況報告書」は、「けがでの入院」等の請求の際に、必ず提出いただく書類です。
 - 記入見本は「交通事故」の場合の記入例です。
 - 「交通事故以外」の「けが」等の場合にも、提出が必要です。
- 「交通事故の場合」で警察へ届出済の場合は、交通事故証明書(写)※も併せてご提出ください。

以下①～⑤については、必ずご記入ください。
(交通事故の場合は⑦⑧も必ずご記入ください)

◎受傷された方がご記入ください。

重傷または未成年者などで、本人が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。

①【必須】「事故状況報告書」の記入日をご記入ください。

②【必須】記入者欄は記入者ご本人が名前をご記入ください。

③【必須】受傷者名・職業・仕事の内容をご記入ください。

④【必須】事故発生日時・発生場所をご記入ください。

⑤【必須】事故発生原因・内容をご選択ください。

⑥【事故内容が「その他・上記以外の事故」の場合のみ必須】事故状況の詳細をご記入ください。

⑦【交通事故の場合のみ必須】事故時の状況、飲酒の有無についてご記入ください。

運転中の事故の場合は、必ず以下についてご記入ください。

- ・ 運転していた車種
- ・ 免許証の有無
- ・ 免許証の内容
- ・ 免許証の種類

⑧警察への届出の有無に○印をつけてください。

◎総合福祉団体定期保険の業務上の事故による入院給付金・障がい給付金をご請求の場合は、以下⑨⑩についてもご記入ください。

⑨【業務上の事故の場合のみ必須】労災保険の状況をご記入ください。

⑩業務上の事故の場合、勤務先の証明を受けてください。



事故状況報告書(団体保険用)

必ず提出ください。

日本生命保険相互会社 行
※受傷された方が記入ください。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記入ください。
※「経路について」ご本人が記入する場合、例)『事務担当者』『総務』『総務』等記入ください。

① 入 日 (和暦) 令和〇年〇月〇日 ② 入 者 (自署) 日生 太郎 受領された方との続柄(本人)

③ 受傷者名 日生 太郎 職業(勤務先) 会社員 仕事の内容 営業

④ 事故発生日時 (和暦) 令和〇年〇月〇日(午前/午後〇時〇分) 事故発生場所 大阪市中央区X-X-X 北区

⑤ 事故状況を記入ください。(該当箇所に1つ〇印をつけてください)

発生原因 ① 偶然・誤って ② 自分の意思により ③ 病気により ④ その他
※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、あてはまる項目を〇で囲んでください。

④ 事故内容 ① 転倒した・つまづいた・くじいた・ひねった ② 階段・段差・はしご・椅子・道具・ベッドから転落した
③ 高所・がけ等から転落した(転落高度 []メートル)
④ 交通事故(「II.交通事故の場合」も記入ください)
⑤ 火傷した ⑥ おぼれた
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(頭部含む)・その他の部位〕
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(頭部含む)・その他の部位〕
⑨ 窒息した ⇒ 何で〔]
⑩ その他・上記以外の事故 ※以下へ詳細を記入ください。

⑥ 事故状況詳細 ※事実を詳細に記入ください。内容が不明な場合は別途お問い合わせがあります。

⑦ 交通事故の場合は、以下も記入ください。(該当箇所に〇印をつけてください)

5 事故時の状況 ① 運転中 ② 同乗中 ③ 歩行中 ④ 自転車走行中 ⑤ その他一()

6 事故当時の飲酒の有無 ① 有 ② 無 ※ ①運転中、②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、同乗中、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記入ください。

7 運転していた車種 ※〇印を記入ください。

大型	中大型	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 ① 有 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記入ください。

9 免許証の内容 有効期限 (和暦) 令和〇年〇月〇日 まで有効 免許証の種類
免許証の取得年月日 (和暦) 平成〇年〇月〇日

10 警察への届出 ① 有 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・業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。)

⑨ 労災保険の状況

請求中(支給済)	障がい補償の場合	障がい補償の額
① 有		
② 無		

⑩ 雇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)

■誤って記入された場合の訂正 (事例:住所を訂正)
二重線で抹消のうえ、正当内容をご記入ください。

※ 交通事故証明書(写)の提出を省略できる場合があります。

- 入院給付金(1回の入院につき入院日数20日未満かつ退院後)の請求の場合
 - *ただし、交通入院給付金・(交通)障がい給付金の請求がある場合は省略できません。
- 前回と同一事故による追加請求の場合
 - *ただし、今回障がい給付金の請求があり、今までに交通事故証明書(写)の提出がない場合は省略できません。