

事故発生状況報告書

当事者	甲 (加害者)	氏名	
	乙 (被害者)	氏名	
事故発生の状況 (経緯)			
被害者の負傷状況	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 <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"/> 店舗 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small>	<small>(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入)</small> <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。

※署名又は記名・押印

年 月 日

届出者(被保険者)
※未成年の場合は親権者等

印

(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、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。