



## 記入見本



### 受傷状況報告書(団体保険用)

DC 0540

明治安田生命保険相互会社 御中  
 下記のとおり受傷(事故発生)状況を報告します。万一記載内容が事実と相違している場合は、保険金・給付金の支払等がなされないことに異議を申し立てません。

請求者氏名	ご署名 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 後見人	若葉涼	※請求書にご署名された方と同じ方がご署名ください。 ※請求者ご本人が受傷または未成年等で記入できない場合は、親権者様または後見人様が <input type="checkbox"/> にし点チェックのうえ、ご署名ください。
受傷者氏名	氏名	若葉涼	受傷(事故発生)日時・場所 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 30年12月01日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 11時30分頃 場所( <span style="color: red;">西新宿三丁目交差点</span> )

**1. 受傷(事故発生)状況をご記入ください。**  
※それぞれ当てはまる項目等のにし点チェックしてください。「その他」を選択する場合、( )内に具体的にご記入ください。  
 ※受傷(事故発生)状況がわかる新聞記事等があれば、この報告書とともにご提出ください。

**【どこで】**

<input type="checkbox"/> 勤務先敷地内	<input type="checkbox"/> 自宅敷地内	<input type="checkbox"/> 学校・保育園・幼稚園等
<input checked="" type="checkbox"/> 公道	<input type="checkbox"/> 公道外(私有地・サーキット場等)	<input type="checkbox"/> 踏切内・線路上
<input type="checkbox"/> 公共交通機関施設内(改札口より内側)	<input type="checkbox"/> その他屋内	<input type="checkbox"/> その他屋外
<input type="checkbox"/> その他( )		

**【何をしているときに】**

<input type="checkbox"/> 運転中(運転者).....何を	<input type="checkbox"/> 四輪自動車	<input type="checkbox"/> 自動二輪車(原付除く)	<input type="checkbox"/> 原付
<input type="checkbox"/> 乗車中(同乗).....何に	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> その他乗り物( )
<input type="checkbox"/> 運動中・訓練中	<input checked="" type="checkbox"/> その他屋外にいるとき		
<input type="checkbox"/> 入浴中(有料浴場含む)	<input type="checkbox"/> 睡眠中	<input type="checkbox"/> その他屋内にいるとき	

**【どのように】(複数の選択肢に当てはまる場合、ケガの直接の原因となったものを1つ選択してください。)**

<input type="checkbox"/> くじいた・ひねった・転倒等による受傷	<input type="checkbox"/> 重量物等運搬中の受傷				
<input type="checkbox"/> 日常動作(歩く・かがむ・しゃがむ・起き上がる等)中の発症	<input type="checkbox"/> 火傷・熱傷 何で( )				
<input type="checkbox"/> 溺れた	<input type="checkbox"/> 機械操作による受傷				
<input type="checkbox"/> カッター・ナイフ・包丁等による切傷、刺傷					
<input checked="" type="checkbox"/> ぶつかった・衝突した.....何と	<input checked="" type="checkbox"/> 四輪自動車	<input type="checkbox"/> 自動二輪車(原付除く)	<input type="checkbox"/> 原付	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 電車
	<input type="checkbox"/> 人	<input type="checkbox"/> 落下物	<input type="checkbox"/> 静物	<input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 動物等にかまれた・さされた・ひつかれた等	動物等は( )				
<input type="checkbox"/> 高所からの転落・落下.....どこから	( )	どこへ( )			
<input type="checkbox"/> 窒息状態・一酸化炭素中毒.....経緯	( )				
<input type="checkbox"/> その他(上記に当てはまらない場合、以下に「どこで・何をしているときに・どうして」を含め詳しくご記入ください。)	( )				

**【どうして】**

<input checked="" type="checkbox"/> 偶然・誤って	<input type="checkbox"/> 病気により
<input type="checkbox"/> 自分の意思により	<input type="checkbox"/> その他( )

**2. 受傷(事故発生)時の状況について、以下ご記入ください。**※事故内容にかかわらずご記入ください。

飲酒事実	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有るとき	種類	飲酒量
事故時は	<input type="checkbox"/> 就業中(就業時間内の休憩時間を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 就業中ではない	飲酒時間	時間から
			<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	午前 午後 時頃まで

**3. 自動車(二輪を含む)の運転中の受傷(事故発生)の場合、以下の項目を必ずご記入ください。**

運転免許証の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (免許証をお持ちの場合は、以下を免許証より転記してください。)
有効期限	年 月 日迄
免許の種類	第 号
取得年月日	第 種 昭・平・令 年 月 日
免許の種類	第 二 種 昭・平・令 年 月 日
免許の種類	第 二 種 昭・平・令 年 月 日

**4. 警察への届出および労災保険適用について、ご記入ください。**

警察への届出有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <span style="color: red;">明安</span> 警察署へ届出	自動車安全運転センター発行の「交通事故証明書」をご提出ください。
労災保険適用有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請求中・受給済) ※厚生労働本省(または労働基準監督署)からの「支給決定通知」のコピーがあればご提出ください。	
自賠責保険適用有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

● 記載内容を確認のうえ、受取人(請求者)がご記入ください。

● 受傷された方についてご記入ください。

● それぞれ当てはまる項目のにし点チェックしてください。「その他」を選択する場合、( )内に具体的にご記入ください。

● 関連する新聞記事などございましたらあわせてご提出ください。

⚠ 事故内容にかかわらずご記入ください。

● 交通事故の場合で、かつ、自動車(二輪含む)の運転中の場合のみご記入ください。

● 警察への届出および労災保険適用の有無についてご記入ください。