

事故状況報告書

記入日 令和 年 月 日

受取人（請求権者）氏名

親権者または後見人

被保険者名 (受傷者名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
受傷の日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分頃
受傷の場所				
受傷の原因・状況	<p>※おケガをされた時の原因、状況をできるだけ詳細にご記入ください。</p>			

交通事故の場合は、下欄にもご記入ください。

<事故の場合> ※全項目をご記入ください	<input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中 <input type="checkbox"/> 歩行中 <input type="checkbox"/> その他 ()	飲酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	警察への届出 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合一 署へ提出
<自動車・バイクを運転中の場合> ※全項目をご記入ください	{免許証番号}	
	{免許証種類} <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大自二 <input type="checkbox"/> 普自二 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	{免許証有効期限}	年 月 日