

8 事故現場の状況

天 候 晴・・小雨・雨・小雪・雪・暴風雨・霧・濃霧
 見 透 し 良い・悪い(障害物) があった。)

道路の状況(あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。)
 道路の幅(m)、舗装、坂(上り・下り・緩・急)
 でこぼこ・砂利道・道路欠損・工事中・凍結・その他()

(あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。)
 歩車道の区別がある・ない)道路、車の交通頻繁な道路、住宅地・商店街の道路
 歩行者用道路(車の通行許・否)、その他の道路()

標識 速度制限(km/h)・追い越し禁止・一方通行・歩行者横断禁止(有・無)
 一時停止(有・無)・停止線(有・無)

信 号 機 無・有(色で交差点に入った) 信号機時間外(黄点滅・赤点滅)
 横断歩道上の信号機(有・無)

交 通 量 多い・少ない 中位

9 事故当時の行為、心身の状況及び車両の状況

心身の状況 正常・いねむり・疲労・わき見・病気()・飲酒

あなたの行為(あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。)
 直前に警笛を(鳴らした・鳴らさない)、相手を発見したのは()m手前
 ブレーキを(かけた(スリップ m)・かけない)、方向指示灯(だした・ださない)
 停止線で一時停止(した・しない)、速度は約()km/h 相手は約()km/h
 (あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。)
 横断中の場合 横断場所()、信号機()色で横断歩道に入った。
 左右の安全確認(した・しない)、車の直前・直後を横断(した・しない)
 通行中の場合 通行場所(歩道・車道・歩車道の区別がない道路)
 通行のしかた(車と同方向・対面方向)

10 第二当事者(相手方)の自賠責保険(共済)及び任意の対人賠償保険(共済)に関するこ

(1) 自賠責保険(共済)について
 証明書番号 第S○○○○○○○○○○ 号
 保険(共済)契約者(氏名) 田中 勝昭 第二当事者(相手方)と契約者との関係 本人
 (住所) 東京都世田谷区奥沢○-○-○

保険会社の管轄店名 東洋火災海上(株)蒲田支店 電話 03-○○○○-○○○○
 管轄店所在地 東京都大田区蒲田○-○-○ 郵便番号 ○○○-○○○○

(2) 任意の対人賠償保険(共済)について
 証明書番号 第○○○○○○○○○○○○ 号 保険金額(対人) 無制限 万円
 保険(共済)契約者(氏名) 田中 勝昭 第二当事者(相手方)と契約者との関係 本人
 (住所) 東京都世田谷区奥沢○-○-○

保険会社の管轄店名 東洋火災海上(株)蒲田支店 電話 03-○○○○-○○○○
 管轄店所在地 東京都大田区蒲田○-○-○ 郵便番号 ○○○-○○○○

(3) 保険金(損害賠償額)請求の有無 有・
 有の場合の請求方法 イ 自賠責保険(共済)単独
 自賠責保険(共済)と任意の対人賠償保険(共済)との一括
 保険金(損害賠償額)の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日
 氏名 金額 円 受領年月日 年 月 日

11 運行供用者が第二当事者(相手方)以外の場合の運行供用者

名称(氏名) 電話 - -
 所在地(住所) 郵便番号 -

12 あなた(被災者)の人身傷害補償保険に関するこ

人身傷害補償保険に(加入している)していない
 証券番号 第 号 保険金額 万円
 保険(共済)契約者(氏名) あなた(被災者)と契約者との関係
 (住所) 郵便番号 -

保険会社の管轄店名 電話 - -
 管轄店所在地 郵便番号 -

人身傷害補償保険金の請求の有無 有・無
 人身傷害補償保険金の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日
 氏名 金額 円 受領年月日 年 月 日

(※) 交通事故以外の災害の場合は「届その2」を提出する必要はありません。

(届その3)

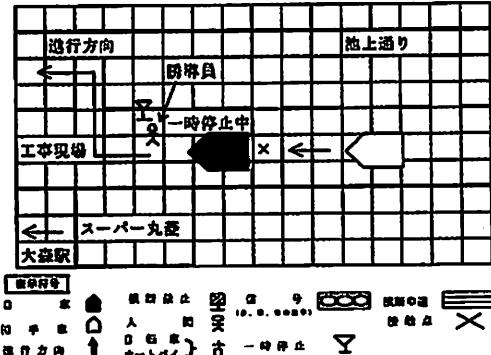
13 災害発生状況

第一当事者(被災者)・第二当事者(相手方)の行動、災害発生原因と状況をわかりやすく記入してください。

池上通をJR大森駅方向へ運転していたところ下水道工事のため片側交互通行の車線規制が行われていた。誘導員の指示に従い停止していたところ、後方から加害者が追突してきたため、その衝撃で後頭部を打ち、ハンドルに胸を強打した。

14 現場見取図

道路方向の地名(至〇〇方面)、道路幅、信号、横断歩道、区画線、道路標識、接触点等くわしく記入してください。



15 過失割合

私の過失割合は 0 %、相手の過失割合は 100 %だと思います。

理由 停止していたところに加害者が一方的に追突したため。

16 示談について

- イ 示談が成立した。(年月日) 交渉中
ロ 示談はしない。
ホ 裁判の見込み(年月日頃予定)

17 身体損傷及び診療機関

	私(被災者)側	相手側(わかっていることだけ記入してください。)
部位・傷病名	頸椎ねんざ、胸部打撲	
程 度	全治1か月	
診療機関名称	〇〇大学病院	
所 在 地	東京都大田区池上〇-〇-〇	

18 損害賠償金の受領

受領年月日	支 払 者	金額・品目	名 目	受領年月日	支 払 者	金額・品目	名 目

1欄の者については、2欄から6欄、13欄及び14欄に記載したとおりであることを証明します。

事業主の証明

平成 26 年 8 月 4 日

事業場の名称 (株)多摩川運輸

事業主の氏名 代表取締役 川崎 雄二 印

(法人の場合は代表者の役職・氏名)

(※) 通勤災害の場合には事業主の証明は必要ありません。