

第三者行為災害届 (業務災害) 通勤災害  
(交通事故) 交通事故以外

署長		次長		課長		調査 給付 官		係長		係	
----	--	----	--	----	--	---------------	--	----	--	---	--

平成 26年 8月 7日

労働者災害補償保険法施行規則第22条の規定により届けます。

保険給付請求権者

署受付日付

住所 東京都大田区下丸子〇〇〇

郵便番号(〇〇〇-〇〇〇〇)

氏名 鈴木 太郎 (印)

大田 労働基準監督署長 殿

電話(自宅) (03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)

(携帯) (090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)

1 第一当事者(被災者)

氏名 鈴木 太郎 (男・女) 生年月日 昭和 52年 4月 5日 (37歳)

住所 東京都大田区下丸子〇〇〇

職種 トラックドライバー

2 第一当事者(被災者)の所属事業場

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
〇〇	〇	〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	

名称 (株) 多摩川運輸 電話 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

所在地 東京都大田区池上〇-〇-〇 郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇

代表者(役職) 代表取締役 担当者(所属部課名) 総務課  
(氏名) 川崎 雄二 (氏名) 本田 守

3 災害発生

日時 平成 26年 7月 29日 (午前)・午後 3時 00分頃

場所

4 第二当事者(相手方)

氏名 田中 勝昭 (30歳) (自宅) 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 東京都世田谷区奥沢〇-〇-〇 電話(携帯) 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇

第二当事者(相手方)が業務中であった場合

所属事業場名称 電話 - -  
所在地 郵便番号 - -  
代表者(役職) (氏名)

5 災害調査を行った警察署又は派出所の名称

池上 警察署 交通 係(派出所)

6 災害発生の事実の現認者(5の災害調査を行った警察署又は派出所がない場合に記入してください。)

氏名 ( 歳) 電話 - -

住所 郵便番号 -

7 あなたの運転していた車両(あなたが運転者の場合にのみ記入してください。)

車種	大(特)・特・自二・軽自・原付自	登録番号(車両番号)	品川400 あ 〇〇〇〇		
運転者の 免許	有	免許の種類	免許証番号	資格取得	有効期限
	無	普通	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	8年3月31日	28年5月5日まで
					免許の条件 眼鏡等

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) 非舗装、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) 40 km/h・追いつき禁止・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)に関すること

(1) 自賠責保険(共済)について  
 証明書番号 第 S000000000 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0-0-0  
 保険会社の管轄店名 東洋火災海上(株)蒲田支店 電話 03-0000-0000  
 管轄店所在地 東京都大田区蒲田0-0-0 郵便番号 000-0000

(2) 任意の対人賠償保険(共済)について  
 証明書番号 第 0000000000 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0-0-0  
 保険会社の管轄店名 東洋火災海上(株)蒲田支店 電話 03-0000-0000  
 管轄店所在地 東京都大田区蒲田0-0-0 郵便番号 000-0000

(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  
ロ 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と

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。

