

9 あなたの自賠責保険(共済)及び任意保険(共済)に関すること(あなたが運転者の場合にのみ記入してください。)

自賠責	保険(共済)加入の有無		<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		保険(共済)金請求の有無		<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	
	保険会社(農協)	名称	東京海上日動火災株	所在地	大津市京町5-10-5 大津ビル4F			
	証明書番号	AG1234569992			期間	平成△△年○月○日~平成△△年●月●日		
	契約者氏名	前島 洋子			保有者氏名	女島 洋子	契約者との関係	配偶者
任意	保険(共済)加入の有無		<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		保険(共済)金請求の有無		有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	保険会社(農協)	名称	損保ジャパン日本興亜株	所在地	大津市梅林9-9-9 梅林ビル 6F			
	証券番号	G5AQ5559284			期間	平成△△年○月○日~平成△△年●月●日		
	保険(共済)金額	対人	5,000	万円	契約者氏名	前島 洋子		

10 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	大普特	自二	軽自	原付自	登録番号(車両番号)	55G884668					
運転者の免許	<input checked="" type="radio"/> 有	免許の種類	普通	免許証番号	1235488899	資格取得日	平成1年4月30日	有効期限	令和2年4月4日	免許の条件	眼鏡等

11 身体損傷及び診療機関

【あなた側】		【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	頸椎捻挫、腰痛症	部位、傷病名	不明
程度	1週間	程度	
診療機関名称	大津市民病院	診療機関名称	
所在地	大津市桜ヶ丘4-2-1	所在地	

12 過失割合 【必ず記載してください。】

私の過失割合は 10 %、相手の過失割合は 90 %だと思います。
(理由) 相手の信号の色が交差点手前で既に赤色であったが、方向指示機もつけず、そのまま交差点を右折したため。
日没時刻であったが、ライトを点灯させていなかったため。

13 示談について

成立した 交渉中 示談はしない 示談をする予定(年 月 日頃の予定) 裁判の見込み(年 月 日頃提訴予定)

14 損害賠償金の支払い 【 支払っていない 】 ←【支払っていない場合は、☑してください。】

年 月 日	金額又は品目	名 目	年 月 日	金額又は品目	名 目

上記の記載内容は事実と相違ありません。

令和 元 年 5 月 16 日

大津 労働基準監督署長 殿

報告人氏名 坂口 健一郎

事業場所在地

※調査者氏名

代表者職氏名

あなたが業務中であった場合にのみ代表者の証明を受けてください。

【記載上の注意点】

- 1 事項を選択する場合は該当する事項を“○”印で囲んでください。
- 2 2欄の事故発生場所は、○○町○○丁目○○番地○○ストア前歩道のように具体的に記入してください。
- 3 8欄は、警察へ届け出ていない等で事故調査が行われていない場合に、事故の発生状況のわかる人を記入してください。
- 4 12欄は、あなたの判断に基づいて記入してください。また、その判断の理由についても記入してください。
- 5 14欄は、治療費、慰謝料、休業逸失利益、葬儀費等名目ごとに記入してください。

9 あなたの自賠責保険(共済)及び任意保険(共済)に関すること(あなたが運転者の場合にのみ記入してください。)

自 賠 責	保険(共済)加入の有無		有・無		保険(共済)金請求の有無		有・無	
	保険会社(農協)	名称	所在地					
	証明書番号				期間			
	契約者氏名				保有者氏名	契約者との関係		
任 意	保険(共済)加入の有無		有・無		保険(共済)金請求の有無		有・無	
	保険会社(農協)	名称	所在地					
	証券番号				期間			
	保険(共済)金額	対人	万円		契約者氏名			

10 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	普	特	自二	軽自	原付自	登録番号(車両番号)		
運転者の免許	有・無		免許の種類		免許証番号		資格取得日	有効期限	免許の条件	

11 身体損傷及び診療機関

【あなた側】				【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				部位、傷病名			
程度				程度			
診療機関名称				診療機関名称			
所在地				所在地			

12 過失割合 【必ず記載してください。】

私の過失割合は _____ %、相手の過失割合は _____ %だと思ひます。
 (理由) _____

13 示談について

成立した 交渉中 示談はしない 示談をする予定(_____ 年 月 日頃の予定) 裁判の見込み(_____ 年 月 日頃提訴予定)

14 損害賠償金の支払い 【 支払っていない 】←【支払っていない場合は、してください。】

年 月 日	金額又は品目	名 目	年 月 日	金額又は品目	名 目

上記の記載内容は事実と相違ありません。 令和 _____ 年 月 日
 _____ 労働基準監督署長 殿

※調査者氏名

報告人氏名 _____
 事業場所在地 _____
 代表者職氏名 _____
あなたが業務中であった場合にのみ代表者の証明を受けてください。

【記載上の注意点】

- 1 事項を選択する場合は該当する事項を“○”印で囲んでください。
- 2 2欄の事故発生場所は、〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇ストア前歩道のように具体的に記入してください。
- 3 8欄は、警察へ届け出ていない等で事故調査が行われていない場合に、事故の発生状況のわかる人を記入してください。
- 4 12欄は、あなたの判断に基づいて記入してください。また、その判断の理由についても記入してください。
- 5 14欄は、治療費、慰謝料、休業逸失利益、葬儀費等名目ごとに記入してください。

9 あなたの自賠責保険(共済)及び任意保険(共済)に関すること(あなたが運転者の場合にのみ記入してください。)

自 賠 責	保険(共済)加入の有無		有・無		保険(共済)金請求の有無		有・無	
	保険会社(農協)	名称	所在地					
	証明書番号				期間			
	契約者氏名				保有者氏名	契約者との関係		
任 意	保険(共済)加入の有無		有・無		保険(共済)金請求の有無		有・無	
	保険会社(農協)	名称	所在地					
	証券番号				期間			
	保険(共済)金額	対人	万円		契約者氏名			

10 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	普	特	自二	軽自	原付自	登録番号(車両番号)	
運転者の免許	有・無		免許の種類		免許証番号		資格取得日	有効期限	免許の条件

11 身体損傷及び診療機関

【あなた側】				【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				部位、傷病名			
程度				程度			
診療機関名称				診療機関名称			
所在地				所在地			

12 過失割合 【必ず記載してください。】

私の過失割合は _____ %、相手の過失割合は _____ %だと思ひます。
 (理由) _____

13 示談について

成立した 交渉中 示談はしない 示談をする予定(_____ 年 月 日頃の予定) 裁判の見込み(_____ 年 月 日頃提訴予定)

14 損害賠償金の支払い 【 支払っていない 】←【支払っていない場合は、してください。】

年 月 日	金額又は品目	名 目	年 月 日	金額又は品目	名 目

上記の記載内容は事実と相違ありません。 令和 _____ 年 月 日
 _____ 労働基準監督署長 殿

※調査者氏名

報告人氏名 _____
 事業場所在地 _____
 代表者職氏名 _____
あなたが業務中であった場合にのみ代表者の証明を受けてください。

【記載上の注意点】

- 1 事項を選択する場合は該当する事項を“○”印で囲んでください。
- 2 2欄の事故発生場所は、〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇ストア前歩道のように具体的に記入してください。
- 3 8欄は、警察へ届け出ていない等で事故調査が行われていない場合に、事故の発生状況のわかる人を記入してください。
- 4 12欄は、あなたの判断に基づいて記入してください。また、その判断の理由についても記入してください。
- 5 14欄は、治療費、慰謝料、休業逸失利益、葬儀費等名目ごとに記入してください。