

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

※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
 にし点チェックのうえ、ご署名ください。

受傷者氏名	氏名	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	受傷(事故発生)日時・場所	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	頃
場所 ()					

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"/> 公道上 <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 ()	<input type="checkbox"/> 自宅敷地内 <input type="checkbox"/> 公道外(私有地・サーキット場等) <input type="checkbox"/> その他屋内 <input type="checkbox"/> 学校・保育園・幼稚園等 <input type="checkbox"/> 踏切内・線路上 <input type="checkbox"/> その他屋外 ()												
【何をしているときに】													
<input type="checkbox"/> 運転中(運転者)……………何を <input type="checkbox"/> 乗車中(同乗)……………何に <input type="checkbox"/> 運動中・訓練中 <input type="checkbox"/> 入浴中(有料浴場含む)	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 四輪自動車</td> <td><input type="checkbox"/> 自動二輪車(原付除く)</td> <td><input type="checkbox"/> 原付</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 自転車</td> <td><input type="checkbox"/> 電車</td> <td><input type="checkbox"/> その他乗り物()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他屋外にいるとき</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 睡眠中</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他屋内にいるとき</td> </tr> </table>	<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"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> その他乗り物()	<input type="checkbox"/> その他屋外にいるとき			<input type="checkbox"/> 睡眠中	<input type="checkbox"/> その他屋内にいるとき	
<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"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> その他乗り物()											
<input type="checkbox"/> その他屋外にいるとき													
<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"/> 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"/> 溺れた <input type="checkbox"/> カッター・ナイフ・包丁等による切傷、刺傷 <input type="checkbox"/> ぶつかった・衝突した……………何と	<input type="checkbox"/> 重量物等運搬中の受傷 <input type="checkbox"/> 火傷・熱傷……………何で () <input type="checkbox"/> 機械操作による受傷 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 四輪自動車</td> <td><input type="checkbox"/> 自動二輪車(原付除く)</td> <td><input type="checkbox"/> 原付</td> <td><input type="checkbox"/> 自転車</td> <td><input type="checkbox"/> 電車</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 人</td> <td><input type="checkbox"/> 落下物</td> <td><input type="checkbox"/> 静物</td> <td><input type="checkbox"/> その他()</td> <td></td> </tr> </table>	<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"/> 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"/> 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・ひっかかれた等……………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 type="checkbox"/> 偶然・誤って <input type="checkbox"/> 自分の意思により	<input type="checkbox"/> 病気により <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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有るとき
種類		飲酒量
飲酒時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時頃から <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後……………時頃まで
事故時は	<input type="checkbox"/> 就業中(就業時間内の休憩時間を含む) <input type="checkbox"/> 就業中ではない	

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。)	
免許証の内容	有効期限	年 月 日迄
	免許の条件等	免許番号
	取得年月日	第 種
免許の種類(お持ちの運転免許の種類を○で囲ってください。)		第 号
昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日		(大型) (中型) (準中型) (普通) (大特) (大自) (普自) (小特) (原付) (大) (中) (普) (大特) (け引) (け引) (引)

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 type="checkbox"/> 有	警察署へ届出
労災保険適用有無	<input 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 □にシ点チェックのうえ、ご署名ください。
受傷者氏名	氏名	若葉涼	<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(西新宿三丁目交差点)

- 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。

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□にシ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"/> 公道上	<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()

- それぞれ当てはまる項目の□にシ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。

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
			飲酒時間	時間から
			<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時頃から <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
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		時頃まで

- ⚠ 事故内容にかかわらずご記入ください。

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
免許の条件等	第 号
取得年月日	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

免許の種類(お持ちの運転免許の種類を○で囲んでください。)

大	中	準	普	大	大	小	原	大	中	普	大	特	特	特	特
特	特	特	特	特	特	特	特	特	特	特	特	特	特	特	特

- 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。

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。

警察への届出の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 明安 警察署へ届出
労災保険適用の有無	<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。
自賠責保険適用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

- 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。