

事故発生状況報告書（交通事故）

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|--------------------|--|----------------------------|--|---------------|--|-----------------|--|-----------------|--|--------------|--|-----------------|--|-------------------|--|
| 甲 加害者<br>(第三者)     |  | 氏名                         |  |               |  | 乙 被害者<br>(被保険者) |  | 氏名              |  |              |  | 運転・同乗<br>歩行・その他 |  | 甲 車<br>甲車以外<br>の車 |  |
| 天候                 |  | 晴・曇・雨・雪・霧                  |  | 交通状況          |  | 混雑・普通・閑散        |  | 明 暗             |  | 昼間・夜間・明け方・夕方 |  |                 |  |                   |  |
| 道 路 状 況            |  | 舗装                         |  | してある<br>していない |  | 歩道 (両・片)        |  | ある<br>ない        |  | 直線・カーブ       |  |                 |  |                   |  |
|                    |  | 平坦・坂                       |  | 見通し           |  | 良い<br>悪い        |  | 積雪路・凍結路         |  |              |  |                 |  |                   |  |
| 信号又は標識             |  | 信号                         |  | あ る<br>な い    |  | 駐停車禁止           |  | されている<br>されていない |  | その他標識        |  |                 |  |                   |  |
| 速 度                |  | 甲車両                        |  | km/h (制限速度    |  | km/h)、乙車両       |  | km/h (制限速度      |  | km/h)        |  |                 |  |                   |  |
| 事故発生状況を图示してください。   |  | 事故発生状況略図 (道路巾をmで記入してください。) |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
| 上記図の説明を<br>書いて下さい。 |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |
|                    |  |                            |  |               |  |                 |  |                 |  |              |  |                 |  |                   |  |

上記内容に間違いありません。

年 月 日 届出者 (被保険者) : 印