

- ・事故やケガによるご請求の場合は、必ずご提出ください。
- ・被保険者又は受取人ご本人がご記入ください。
- ※被保険者又は受取人がご記入できない場合は、ご家族あるいは事故を証明できる方がご記入ください。
- ・黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンは使用できません。)
- ・記入内容を訂正されるときは、二重線抹消のうえ、訂正署名(フルネーム)してください。



ご記入いただく方(受傷者ご本人または請求者さま)がご署名ください。

記入する日をご記入ください。

まず、オレンジ色の欄をご記入ください。該当しない項目は記入不要です。

他の生命保険・損害保険のご加入の有る場合は会社名をご記入ください。

つぎに、青色の欄に事故の詳細な状況をご記入ください。

交通事故の場合は、緑色の欄もご記入ください。

運転免許証のコピーを提出いただければ、点線で囲った箇所は記入は不要です。

STEP 3 事故状況報告書		記入日		
FWD生命保険株式会社 御中 下記のとおり事故状況を報告します。		2021年 9 月 11日		
記入者	氏名	見本 花子	受傷者との関係 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> その他→()	
	住所*	大阪市北区大深町3-1 グランフロント大阪タワーB	連絡先 TEL* 日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。 06-7223-4070	
<small>*請求者と同じ場合は住所、電話は記入不要です。</small>				
受傷者	見本 花子	生年月日	1980年 5月 5日生	
職業	会社名	〇〇商事	職務内容	事務
欠勤期間	2021年 6月 3日 から 2021年 6月 12日まで		労災保険の適用 <input checked="" type="radio"/> (無) <input type="radio"/> (有)	
他社加入	<input checked="" type="radio"/> (無) <input type="radio"/> (有) 生命保険	〇〇生命保険	損害保険等	
事故発生日時	2021年 6月 1日 (火 曜日)		<input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 8時10分頃	
事故発生場所	住所	大阪市北区大深町1-1		
	路上(道路名)	付近	その他()	
警察への届出	<input checked="" type="radio"/> (無) <input type="radio"/> (有) 2021年 6月 2日	芝田 署 (派出所)へ届出済		
事故発生状況	原因・経緯	状況図		
	前方にトラックが停車していたため 車線変更しようとしたところ、後方より 直進してきた原付バイクと接触した。			
飲酒	<input checked="" type="radio"/> (無) <input type="radio"/> (有)	種類	飲んだ量	
現場目撃者	<input checked="" type="radio"/> (無) <input type="radio"/> (有) 氏名	見本 太郎	受傷者との関係	
		時間	停車していたトラックの運転手	
<small>交通事故の場合は下欄にもご記入のうえ、交通事故証明書を添付ください。また、新聞記事がありましたら、あわせて添付ください。</small>				
事故時の行動	<input checked="" type="radio"/> ① 運転中 <input type="radio"/> ② 同乗中 <input type="radio"/> ③ 歩行中 <input type="radio"/> ④ その他			
運転していた車種	<input checked="" type="radio"/> ① 普通 <input type="radio"/> ② 大型 <input type="radio"/> ③ 中型 <input type="radio"/> ④ 準中型 <input type="radio"/> ⑤ 大型特殊 <input checked="" type="radio"/> ⑥ 自動二輪(400cc) <input type="radio"/> ⑦ 小型特殊 <input type="radio"/> ⑧ 原付自転車(50cc以下) <input type="radio"/> ⑨ その他()			
免許証の有無	<input checked="" type="radio"/> (無) <input type="radio"/> (有)	免許証番号	6 2 0 4 1 2 3 4 5 6 7 8	
免許交付日	2017年 8月 8日	免許有効期限	2022年 5月 5日 まで有効	
免許の種類	大型 中型 準中型 普通 大特 大自二	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 小特 <input type="radio"/> 原付 <input type="radio"/> 牽引	大型二 中型二 普通二 大特二 牽引二	



事故状況報告書

FWD生命保険株式会社 御中

記入日

年

月

日

下記のとおり事故状況を報告します。

記入者	氏名		受傷者との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 その他⇒()
	住所*		連絡先 TEL*	日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。

*請求者と同じ方の場合には住所、電話は記入不要です。

受 傷 者		生年月日	年	月	日	生			
職 業	会社名		職務内容						
欠勤期間	年	月	日	から	年	月	日まで	労災保険の適用	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有
他社加入	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	生命保険		損害保険等					

事故発生日時	年	月	日	(曜日)	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後	時	分	頃	
事故発生場所	住所								
	路上(道路名	付近)	その他()						
警察への届出	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	年	月	日	署 (派出所)	へ届出済			
事故発生状況	原因・経緯				状況図				
	_____				_____				
	_____				_____				
	_____				_____				

飲酒	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	種類		飲んだ量		時間	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後	時頃～	時頃まで
現場目撃者	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	氏名		受傷者との関係					

交通事故の場合は下欄にもご記入のうえ、交通事故証明書を添付ください。また、新聞記事がありましたら、あわせて添付ください。

事故時の行動	<input checked="" type="radio"/> ① 運転中	<input type="radio"/> ② 同乗中	<input type="radio"/> ③ 歩行中	<input type="radio"/> ④ その他											
運転していた車種	<input type="radio"/> ① 普通	<input type="radio"/> ② 大型	<input type="radio"/> ③ 中型	<input type="radio"/> ④ 準中型	<input type="radio"/> ⑤ 大型特殊	<input type="radio"/> ⑥ 自動二輪(cc)	<input type="radio"/> ⑦ 小型特殊	<input type="radio"/> ⑧ 原付自転車(50cc以下)	<input type="radio"/> ⑨ その他()						
免許証の有無	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	免許証番号													
免許交付日	年	月	日	免許有効期限	年	月	日	まで有効	免許の条件等						
免許の種類	大型	中型	準中型	普通	大特	大自二	普自二	小特	原付	牽引	大型二	中型二	普通二	大特二	牽引二

