

受傷状況報告書

〈海外用〉

記入日	年 月 日	氏名	
請求者氏名	ご署名	受傷者	勤務先名 (会社名)
	親権者 後見人		仕事の 内容

※請求書にご署名された方と同じ方がご署名ください

発生日時	年 月 日	午前・午後	時 分
発生場所	国名 ()		
発生状況	事故状況・原因		
・事実をできるだけ詳細にご記入ください		
・新聞記事があれば添付してください		
目撃者 通報者	<input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> なし	氏名	受傷者との関係

交通事故の場合以下の項目をご記入ください

事故時の状態	<input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中 <input type="checkbox"/> 歩行中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
運転中 の場合	車種	<input type="checkbox"/> 普通自動車 <input type="checkbox"/> 自動二輪(排気量: CC) <input type="checkbox"/> 原付自転車 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	現地での有効な免許証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合は免許証の写しもご提出ください		
	飲酒	<input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> なし	種類 () 量 (本・ℓ)	飲酒 時間 午前・午後 時 分頃から 午前・午後 時 分頃まで

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	<input type="checkbox"/> あり	へ届出済→交通事故の場合は交通事故証明書をご提出ください
	<input type="checkbox"/> なし	勤務先の休業・事故証明書、新聞記事等があればあわせてご提出ください
労災保険適用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給済 休業補償 <input type="checkbox"/> あり 障害補償 (級 号) <input type="checkbox"/> なし ※労働基準監督署の受付印がある「報告書」のコピーがあればご提出ください
	<input type="checkbox"/> なし	