

第三者行為災害報告書（調査書）

1 あなたの氏名、住所及び職業等

フリガナ マツサキ ダイサク
氏 名 松崎 大作 (男・女)

生年月日 昭和 25 年 7 月 18 日 (59 歳)

住 所 船橋市小野田町 Δ-Δ-Δ

郵便番号 274-0081 電話 000-000-0000

職 業 会社員 勤務先 (株)吉田商店

所在地 市川市ハ幅 Δ-Δ-Δ

電 話 000-000-0000

代表者(役職) 代表取締役 (氏名) 吉田 兼

3 事故発生状況 (あなた・相手方の行動・災害発生原因と状況をわかりやすく記入してください。)

私は 柏市内にある(株)AB商会と商談の打合せを行った後、市川市ハ幅にある自分の会社に戻るため、国道〇号線を市川方面に右折しようとした。交差点の信号は青であったので、そのまま右折したところ、歩行者用信号が赤にもかかわらず、相手方が横断歩道を渡ってきたため、直前で急ブレーキをかけたが、間に合わなかった。

2 事故発生年月日、場所及びその時の用務

日 時 平成 22 年 3 月 3 日

午前・午後 2 時 20 分頃

場 所 千葉県鎌ヶ谷市向ヶ丘Δ丁目Δ番地

国道〇号線と国道Δ号線の交差点内

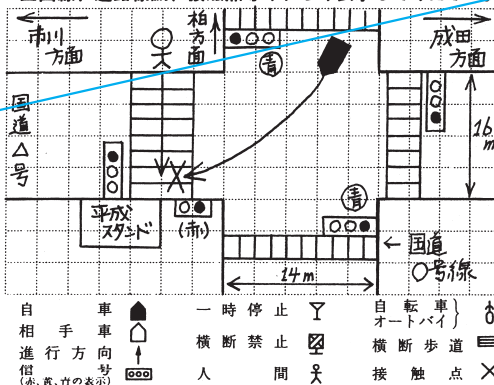
事故発生時の用務 (業務中・通勤途上・私用)

内 容 取引先の会社を商談のため訪ね、用務

終了後、自分へ会社に戻る途中であった。

4 現場見取図

道路方向の地名(至〇〇方面)、道路幅、信号、横断歩道、区画線、道路標識、接触点等くわしく表示してください。



5 事故現場の状況 (あなたが運転者の場合にのみ記入してください。)

天 候 (晴) ・ 曇 ・ 小雨 ・ 雨 ・ 小雪 ・ 雪 ・ 暴風雨 ・ 霧 ・ 濃霧
見 透 し (良い) ・ 悪い (障害物 があった。)
道路の状況 道路の巾 (16) m、(舗装) ・ 非舗装、坂 (上り) ・ 下り ・ (緩) ・ 急)
でこぼこ ・ 砂利道 ・ 道路欠損 ・ 工事中 ・ 凍結 ・ その他 ()
標 識 速度制限 (50 km/h) ・ 追越禁止 ・ 一時停止 ・ 駐車禁止
信 号 機 無 ・ (有) (青 色で交差点に入った) 信号機時間外 (黄色点滅 ・ 赤点滅)
交 通 量 多い ・ 少ない ・ (中位)

6 事故当時のあなたの行為、心身の状況及び車両の状況 (あなたが運転者の場合にのみ記入してください。)

心身の状況 (正常) ・ いねむり ・ 疲労 ・ わき見 ・ 病気 () ・ 飲酒
あなたの行為 交差点における運行状況 (信号機の場合 (青) 色で交差点にはいった。)
直前に警笛を……鳴らした ・ (鳴らさない) 相手を発見したのは () m 手前
ブレーキを……(かけた) (スリップ 3 m) ・ かけない、 方向指示灯……(した) ・ しない
速度は……約 km/h 相手は約 km/h
車両の状況 (正常) ・ ブレーキ故障 ・ ハンドル装置故障 ・ 無灯火 ・ 灯火不備
タイヤ破損 ・ その他 ()

7 事故調査を行った警察署又は派出所の名称

鎌ヶ谷 警察署 交通 係 (派出所)

8 災害発生の事実の現認者

氏名 電話

住所

あなたが会社等に勤めている場合はその勤務先についても記入してください。

業務中だった場合は、その用務の内容を記入してください。

どのような目的でどこへ行く時にどのようにして事故が発生したか事故に至るまでの経緯、行動などをくわしく記入してください。

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	西南海上火災（株） 市川支店		所在地	市川市市川 Δ-Δ-Δ		
	証明書番号	K23456789				期間	平成20年7月4日～平成22年7月3日	
	契約者氏名	(株)吉田商店				保有者氏名	(株)吉田商店 契約者との関係(本人)	
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	松武海上火災（株） 市川支店		所在地	市川市南八幡 Δ-Δ-Δ		
	証券番号	2603159 61				期間	平成21年7月4日～平成22年7月3日	
	保険（共済）金額	対人	無制限 万円		契約者氏名	(株)吉田商店		

あなたが運転していた車両にかかる保険についてくわしく記入してください。

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）		習志野 57 す 2111		
運転者の免許	☒ 有・無	免許の種類	免許証番号	資格取得	有効期限	免許の条件	
		普通乗用	21940111110	50年6月3日	23年8月18日まで	眼鏡等	

相手方の負傷についてわかる範囲で記入してください。

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下さい。）	
部位、傷病名		部位、傷病名	頭部打撲
程度		程度	療養 40日
診療機関名称		診療機関名称	医療法人鳥越医院
所在地		所在地	鎌谷市中央 Δ-Δ-Δ

事故の状況から判断して、過失割合についてのあなたの考えを記入してください。

12. 過失割合

私の過失割合は 50 %、相手の過失割合は 50 %だと思います。

(理由)

相手方が歩行者用信号が赤色に点滅しているのに渡ろうとしたのは悪いが、私も前方不注意であった。

相手方に対して損害賠償の支払いがある場合はその内容も記入してください。

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(22年6月末日頃の予定)・裁判の見込み(年 月 日頃提訴予定)

14. 損害賠償金の支払い

年 月 日	金額又は品目	名 目	年 月 日	金額又は品目	名 目

業務中であった場合は必ず事業主の証明を受けてください。

上記の記載内容は事実と相違ありません。

平成 22 年 4 月 10 日

船橋

労働基準監督署長 殿

報告人氏名

松崎 大作

事業場所在地

市川市八幡 Δ-Δ-Δ

※調査者氏名

代表者職氏名

代表取締役 吉田 兼

(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。)



(注意)

「報告人氏名」の欄及び「代表者職氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。