

負傷状況報告書

組合員証記号番号			組合員氏名			
所属部課名			職 種			
被災者氏名		続柄		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
傷病発生	日時	平成・令和 年 月 日		午(前:後) 時 分 ごろ		
	場所					
公務上外の別		<input type="radio"/> 公務上(認定番号) <input type="radio"/> 公務外				
傷病発生 の原因及 び状況						
傷病名及びその程度						
病院等の名称及び所在地						
<h2 style="margin: 0;">損害賠償申告書</h2>						
第三者 (加害者)	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	住所	電話番号				
第三者(加害者)の所属する事業所又は加害者が責任無能力者の場合は監督義務者		名称又は氏名				
		所在地は住所				
		代表者(役職)			氏名	
		電 話 番 号				
被害状況及びその見積額						
第三者(加害者)側から受けた損害賠償の内訳金額及びその年月日						
示談を行った場合は、その行った事情又は示談の話し合いがあるときは、その状況(示談書の写添付のこと)						

第三者の自動車損害賠償責任保険（強制保険）						
契約保険会社名	保険会社		証明書番号	第	号	
保険契約者	住所 氏名		保有者	住所 氏名		
加害者と契約者との関係			連絡先電話			
自動車	車種		保険期間	自平・令	年	月 日
	車両番号			至平・令	年	月 日
	使用の本拠地 (都道府県名)		自賠償請求の有無	有 ・ 無		
第三者の任意自動車対人賠償保険（任意保険）						
任意自動車対人賠償保険	有 ・ 無		保険会社名	保険会社	契約番号	
保険契約者氏名			担当者名		電話番号	
任意保険会社の住所	〒					
事故取扱い警察署	(事故証明書添付のこと)			警察署	係	
事故発生状況略図	事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。(道路幅をmで記入して下さい。)					
上記のとおり報告・申告します。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 ⑩						
上記の記載内容は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長 ⑩						

- (1) 公務上の災害に該当する場合は、共済組合の給付は受けられません。
- (2) 事故発生状況及び加害者から受けた損害賠償については、できるだけ具体的に詳しく書いて下さい。
- (3) 第三者(加害者)側と示談を行う場合は、その内容等についてあらかじめ共済組合に相談して下さい。