

※交通事故証明書を添付してください。

損 害 賠 償 申 告 書 (共済組合入力日 . . .)

記号				(右詰め)	所属所名			
番号								
組合員氏名	被害者氏名 生年月日 昭・平 年 月 日				性別	男・女		
					続柄			
					コード			
加害者氏名					事故発生年月日	平成 年 月 日		
加害者住所	〒 ー				組合員証 使用開始日	(必ず、記入してください。) 平成 年 月 日		
事故の発生状況	(できるだけ詳しく記入してください。また、交通事故の場合は、「事故発生状況報告書」にも当時の状況を記入してください。)							
被害の状況及び見積額					加害者から受けた損害賠償			
<p>上記のとおり申告します。</p> <p style="text-align: center;">兵庫県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 申請者</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>								
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: right;">職名</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>								

1. 「続柄」のコード欄は記入しないでください。
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、受領した金品等を記入してください。
3. 交通安全センター発行の交通事故証明書の写しを必ず添付してください。
4. 「誓約書」について提出が困難な場合は、その旨の理由書を添付してください。
5. 「傷病治癒等報告書」はその事実が確定したらすみやかに提出してください。



第三者（加害者及び加害者の使用主）との関係			
加害者	氏名	性別（男・女）	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日（当時 歳）
	住所	〒 () -	
	職業		
同上の使用主	名称	〒	
	所在地	() -	
備考			
加害者の自動車賠償責任保険及び任意保険関係			
自賠責保険	加入の有・無	加入している	加入していない
	保険会社等名及び住所	〒 () -	
	保険金の請求	加害者又は被害者が請求した	請求していない
任意保険	加入の有・無	加入している	加入していない
	保険会社等名及び住所	〒 () -	
	取扱担当者名		
	保険使用について	相手は承諾している	相手は承諾していない
自動車賠償責任保険証明書番号			
車台番号			
（※）任意保険加入者番号			

（※）任意保険未加入及び使用承諾をしていない場合は、加入者番号の記入は不要です。

念 書 （ 兼 同 意 書 ）

平成 年 月 日に加害者 の不法行為により私（被扶養者 ）の被った事故について、地方公務員等共済組合法による保健給付を受けた場合、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を地方公務員等共済組合法第50条第1項の規定によって、兵庫県市町村職員共済組合（以下「組合」という。）が給付の価額の限度において取得及び行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の1、2、3、4及び5の事項については遵守することを誓約し、6、7、8及び9の事項については同意します。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって組合にその内容を申し出ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者から金品をうけたときは、受領年月日・内容・金額をもれなく組合に申し出ること。
- 4 自動車損害賠償責任保険に被害者請求するときは、必ず前もって組合に申し出ること。また、すでに被害者請求をしているときも、必ず申し出ること。
- 5 組合が賠償金の受領に際し必要な書類を求めたときは、遅延なく提出すること。
- 6 組合が賠償金の受領に際し必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込み額を含む）等）について保険会社を含む加害者等から提供を受けること。
- 7 組合が賠償金の受領に際し必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等（診療報酬明細書・調剤報酬明細書の写しを含む））を求償先に提出すること。
- 8 この念書（兼同意書）をもって6に掲げる事項に対する保険会社を含む加害者側への同意を含むこと。
- 9 この念書（兼同意書）を保険会社を含む加害者へ提示すること。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

住 所

氏 名

Ⓜ

誓 約 書

平成 年 月 日に貴組合員 (被扶養者) が私との間に発生した事故により受けた傷害に対し、貴組合から行われた保健給付については、私の責任の範囲において、全額貴組合にお支払いいたします。

上記不履行の際は、貴組合のいかなる措置にも応ずることを誓約いたしますとともに、自動車損害賠償保険法第15条、第16条等に基づく保険金の請求を貴組合が優先して請求することに異議を申しません。

平成 年 月 日

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

住 所

誓約者

氏 名

㊟

住 所

保証人

氏 名

㊟

傷病治癒等報告書 (共済組合入力日 . . .)

平成 年 月 日

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

被災者 記号番号 ー
氏 名 続柄
傷病原因
組合員氏名 ㊟

下記の通り治癒しましたので報告します。

記

1. 事故発生年月日 平成 年 月 日

2. 治癒年月日 平成 年 月 日

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職 名
所属所長
氏 名 ㊟

- 被災者等はこの書類を治癒後すみやかに所属所を経由の上提出してください。
- 「治癒」には、完全治癒のみではなく、症状が固定し、もはや治療効果が期待できなくなった場合も含まれます。

外傷原因報告書

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

記号 _____ 番号 _____

組合員氏名 _____ ㊟

私(被扶養者氏名 _____)の外傷について、下記のとおり報告いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記

1. 発生日時	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろ
2. 発生場所		
3. 原因及び状況		
4. その他・参考事項(「公務災害認定申請中」など)		