

※交通事故証明書を添付してください。

過失割合に関係なく、組合員側を記入してください。

損害賠償申告書 (共済組合入力日 . . .)

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|-------|--------------|-------------------|----|-----|--|
| 記号 | 1 | 2 | 3 | (右詰め) | 所属所名 | 〇〇市 | | | |
| 番号 | | 8 | 7 | 6 | | 5 | | | |
| 組合員氏名 | 共済 太郎 | | | | 被害者氏名 | 共済 次郎 | 性別 | 男・女 | |
| | | | | | | | 続柄 | 二男 | |
| | | | | | 生年月日 | 昭・平 7 年 12 月 25 日 | | | |
| 加害者氏名 | 保健 史人 | | | | 事故発生年月日 | 平成 28 年 10 月 30 日 | | | |
| 加害者住所 | 〒 999 - 1234 | | | | 組合員証使用開始日 | (必ず、記入してください。) | | | |
| | 〇〇県〇〇市〇〇町 54-321 | | | | | 平成 28 年 10 月 30 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。) | | | | | | | | |
| 平成 28 年 10 月 30 日、午前 6 時 44 分ごろ、〇〇市〇〇町〇〇の市道交差点で、保健史人が運転する普通貨物自動車は南から北へ向けて走行中、変形十字路交差点を通過しようとした際、西より東へ向けて走行していた共済二郎の運転する原動機付自転車と出合い頭に衝突した。このため、共済二郎は転倒して負傷した。 | | | | | | | | | |
| 被害の状況及び見積額 | 現在治療中につき不明 | | | | 加害者から受けた損害賠償 | 0 円 | | | |
| 上記のとおり申告します。 兵庫県市町村職員共済組合理事長 様 住所 〇〇県〇〇市〇〇町 9-876 平成 28 年 11 月 10 日 申請者 氏名 共済 太郎 (印) | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 職名 〇〇市長 平成 28 年 11 月 10 日 所属所長 氏名 保健 次郎 (印) | | | | | | | | | |

「長男や「長女」というように記入してください。

当該事故で初めて組合員証を使用した日を記入してください。

品目と金額について記入してください。

交通事故以外の場合は特に詳しく記入してください。

- 「続柄」のコード欄は記入しないでください。
- 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。
- 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。
- 「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。
- 「傷病治療等報告書」はその事実が確定したらすみやかに提出してください。

共済組合
受付印

| 第三者（加害者及び加害者の使用主）との関係 | | | |
|-----------------------|------------|---|--|
| 加害者 | 氏名 | 保健 史人 性別 (男・女) | |
| | 生年月日 | 明・大・ 昭 ・平 45 年 10 月 1 日 (当時 46 歳) | |
| | 住所 | 〒 999-1234 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 54-321 Tel (0123) 455 - 7777 | |
| | 職業 | | |
| 同上の使用主 | 名称 | 〒 999-1234 | |
| | 所在地 | 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇 3-121 ← 株式会社 五社商事 代表取締役 五社 英一 Tel (0123) 456 - 7890 | |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> 加入している | <input type="radio"/> 加入していない |
| | 保険会社等名及び住所 | 〒 999-1234 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇 1-234 共済海上火災保険(株) Tel (0007) 898 - 1314 | |
| | 保険金の請求 | 加害者又は被害者が請求した | <input checked="" type="radio"/> 請求していない |
| 任意保険 | 加入の有・無 | <input checked="" type="radio"/> 加入している | <input type="radio"/> 加入していない |
| | 保険会社等名及び住所 | 〒 888-6666 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇 3-161 保育火災(株)〇〇サービスセンター Tel (0007) 890 - 1112 | |
| | 取扱担当者名 | 春來 三郎 | |
| | 保険使用について | <input checked="" type="radio"/> 相手は承諾している | <input type="radio"/> 相手は承諾していない |
| 自動車賠償責任保険証明書番号 | | 第 3-A 5-678910 | |
| 車台番号 | | 212-121415 | |
| (※) 任意保険加入者番号 | | 0401232124-7 | |

営業車による事故の場合のみ記入してください。

任意保険に加入していない場合は記入の必要はありません。

(※) 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。

事 故 発 生 状 況 報 告 書

過失割合に関係なく組合員側を被害者として記入してください。

| | | | | | | | |
|---------------|--|-------|--------------------------|--|---|--|---|
| 甲 (甲車の運転手) | 氏名 | 保健 史人 | 乙 (被害者) | 氏名 | 共済 次郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 運転 ・ 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 ・ その他 | |
| 速 度 | 甲車 40 km/h (制限速度 30 km/h) 甲車以外の車 20 km/h (制限速度 30 km/h) | | | | | | |
| 天 候 | <input checked="" type="checkbox"/> 晴 ・ 雨 ・ 曇 ・ 雪 ・ 霧 | 交通状況 | 混雑 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 | 閑散 | 時間帯 | <input checked="" type="checkbox"/> 明方 昼間 ・ 夕方 ・ 夜間 |
| 道路の状況 | 舗装 <input checked="" type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない | | 歩道 (両 ・ 片) ある ・ ない | | 見通し 良い <input checked="" type="checkbox"/> 悪い | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 平坦 ・ 坂 (緩 ・ 急) | | 直線 ・ カーブ | | 積雪路 ・ 凍結路 | | |
| | 道路幅 甲車側 (6 m) | | 甲車側以外の車側 (3.7 m) | | | | |
| 信号又は標識 | 信号 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 一時停止標識 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 駐停車禁止 されている ・ されていない その他の標識 () | | | | | | |

事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください)

事故発生状況を図示してください

甲車

甲車以外の車

進行方向

信号

一時停止

一方通行

人

自転車・単車

上記図の説明

甲が普通貨物自動車を運転して南より北へ向けて走行中、十字路の交差点を通過しようとした際、西より東へ走行していた乙の運転する原動機付自転車と出合い頭に衝突した。

このため、乙は転倒して負傷した。

当時の状況を出来る限り詳しく記入してください。

(※「上記図の説明」について、書ききれない場合は、別紙に書いてください。)

別紙交通事故証明書に補足して上記の通り報告します。

平成 **28** 年 **11** 月 **7** 日

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

報 告 者 甲との関係 (**本人**)

乙との関係 (**加害者**) 氏名

保健 史人 ㊟

上記のとおり相違ありません 共済 次郎 ㊟

(組合員側が記入してください)

念書 (兼同意書)

平成 28 年 10 月 30 日に加害者 **保健 史人** の不法行為により私 (被扶養者 **共済 次郎**) 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 28 年 11 月 10 日

住 所 ○○県○○市○○町 9-876

氏 名 **共済 太郎**



被扶養者の場合も組合員の住所・氏名を記入してください。

(加害者(相手)側が記入してください)

※提出が困難な場合は提出不能の理由書を代わりに提出してください。

誓約書

平成 28 年 10 月 30 日に貴組合員 **共済 太郎** (被扶養者 **共済 次郎**) 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 28 年 11 月 7 日

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

加害者(相手)の住所と氏名を署名の上、押印してもらってください。

住所 〒 999-1234
〇〇県〇〇市〇〇町 54-321
誓約者
氏名 **保健 史人** 印

任意保険に加入している場合は、加入している保険会社の担当者の署名・押印をしてもらってください。

住所 〒 888-6660
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 3-161
保育火災(株)〇〇サービスセンター
保証人
氏名 **春來 三郎** 印

(治癒または症状固定したらすみやかに提出してください)

傷病治癒等報告書 (共済組合入力日 . . .)

平成 28 年 11 月 27 日

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

被災者 記号番号 123 - 8765
氏名 共済 次郎 続柄 二男
傷病原因 交通事故
組合員氏名 共済 太郎 印

「長男」や「長女」というように記入してください。

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 28 年 10 月 30 日
2. 治癒年月日 平成 28 年 11 月 25 日

医師がその傷病について、治癒または症状固定したと認定した日を記入してください。

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

平成 28 年 11 月 27 日

職名 ○○市長
所属所長 氏名 保健 次郎 印

1. 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。
2. 「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。

(相手が不明等、請求不能な第三者行為について提出してください)

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 123 番号 8765

組合員氏名 共済 太郎



私(被扶養者氏名 共済 次郎)の外傷について、下記のとおり報告いたします。

平成 28 年 11 月 20 日

記

| | |
|----------------------------|--|
| 1. 発生日時 | 平成 28 年 11 月 18 日 (午前)・午後 8 時 20 分ごろ |
| 2. 発生場所 | 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇付近の交差点 |
| 3. 原因及び状況 | 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇付近の交差点の横断歩道を青信号で横断中、自動車にはねられ、その際に右膝、左大腿および左肩を打撲し、頸椎を捻挫したため、〇〇病院に救急車で搬送され受診した。以後約 2 週間の通院の見通しである。 なお、はねた自動車はそのまま逃走した。 |
| 4. その他・参考事項(「公務災害認定申請中」など) | 相手が判明した場合、すみやかに共済組合へ届出します。 |
| | |
| | |