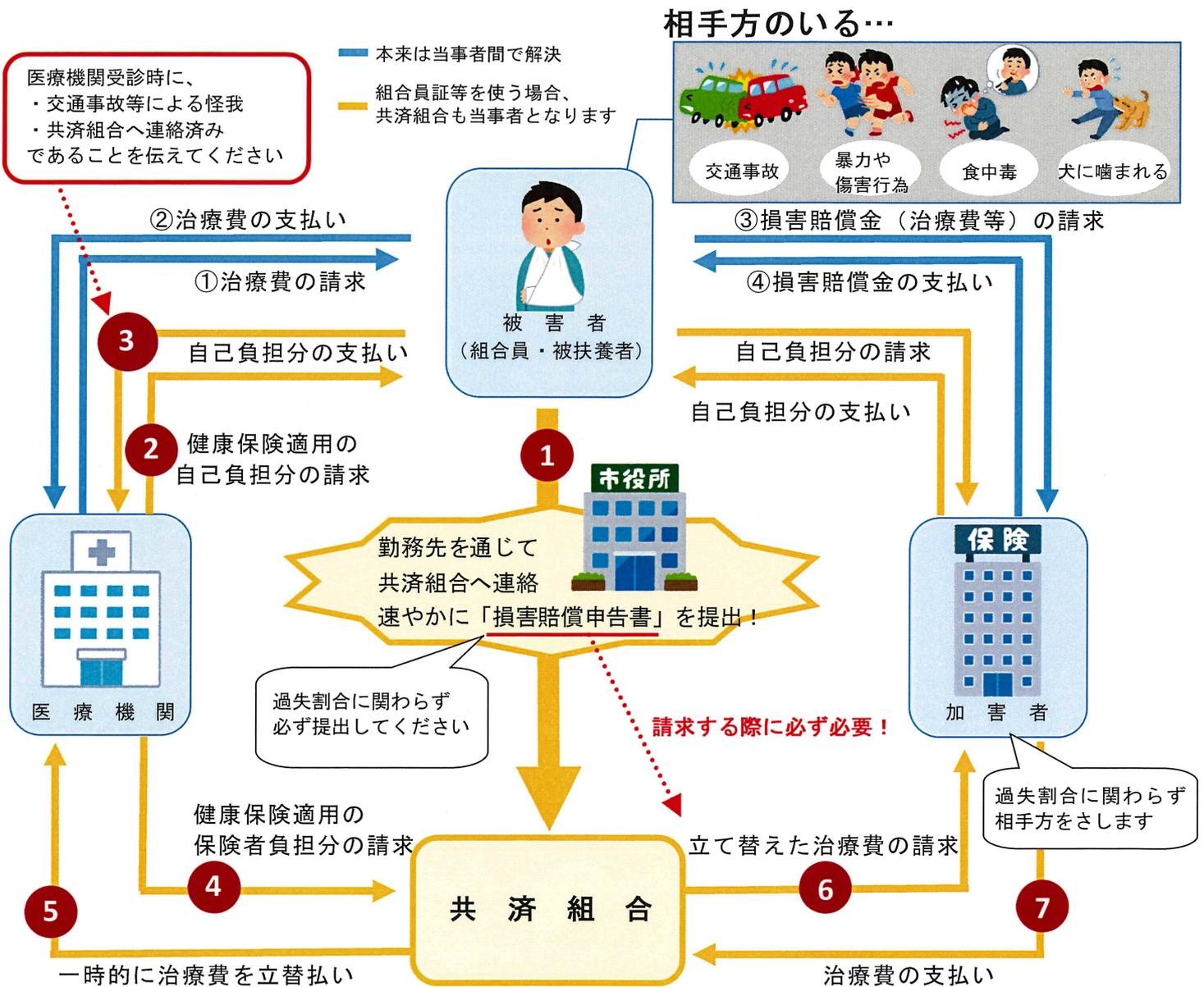


第三者から傷害を受けたとき(交通事故等)は健康保険の対象外です

交通事故等で怪我をした場合やお店等で食中毒にあった場合、その治療費は、本来加害者(過失割合に関わらず相手方)が支払う損害賠償金の中から支払われるべきものです。(図①~④)

しかし、事故等発生後、損害賠償金が支払われるまで被害者の経済的な負担は大きくなります。被害者救済の為、先に共済組合へ連絡して手続きすることで、組合員証等を使用して医療機関で治療を受けることができますが、その場合は以下の点に注意してください。(図①~⑦)



注意点

①相手方の確認

運転免許証など確かなもので行ってください

②警察への届出

必ず「人身事故」として、お手続きください

③示談をする場合

必ず事前に共済組合へ連絡してください

④書類の提出期限

遅くとも事故発生から2か月以内に提出してください

上記の手順を踏まれずに組合員証等を使用した場合は、共済組合が負担した医療費を加害者へ請求できませんので、組合員へ請求させていただきます。ご了承ください。

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 生年月日	共済 次郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
						昭平・令 7 年 12 月 25 日		続柄	二男
								コード	
事故発生日	令和 3 年 1 月 1 日					午前・午後 7 時頃			
事故発生の状況 詳細は『事故発生状況報告書』に記入してください。	就業時間中 ・ 通勤 (出勤・帰宅) 中 ・ <input checked="" type="radio"/> 私用 その他 ()					※就業時間中・通勤中の負傷は公務災害保険または労災保険(パート・アルバイト含む)の適用です。健康保険は原則使用できません。			
治療期間・傷病等について									
医療機関名	傷病名			通院期間					
△△市民病院	胸部打撲傷			令和 3 年 1 月 1 日～令和 3 年 1 月 6 日					
××整形外科	頸椎捻挫			令和 3 年 1 月 8 日～令和 年 月 日					
治療終了見込み	<input checked="" type="radio"/> 不明 ・ 令和 年 月 頃 令和 年 月 日治療終了 (治癒報告書の提出が必要です。)								
被害の状況及び第三者 (相手方) に対する損害賠償の請求について									
被害の状況及び見積額	現在治療中につき不明			損害賠償の請求		した ・ <input checked="" type="radio"/> していない			
				した場合は、その年月日		令和 年 月 日			
受領した損害賠償の種類	治療費		慰謝料・見舞金		その他 ()				
金額	0 円		0 円		0 円				
受領年月日	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日				
示談について	成立していますか		いる ・ いない ・ <input checked="" type="radio"/> 交渉中						
	成立している場合はその年月日		令和 年 月 日 (示談書の写しを添付)						
	成立していない場合はその理由								
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 令和 3 年 1 月 20 日 申請者 氏名 共済 太郎 <input checked="" type="checkbox"/>									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 3 年 1 月 20 日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 保健 次郎 <input checked="" type="checkbox"/>							共済組合 受付印		

「長男」や「長女」というように記入してください。

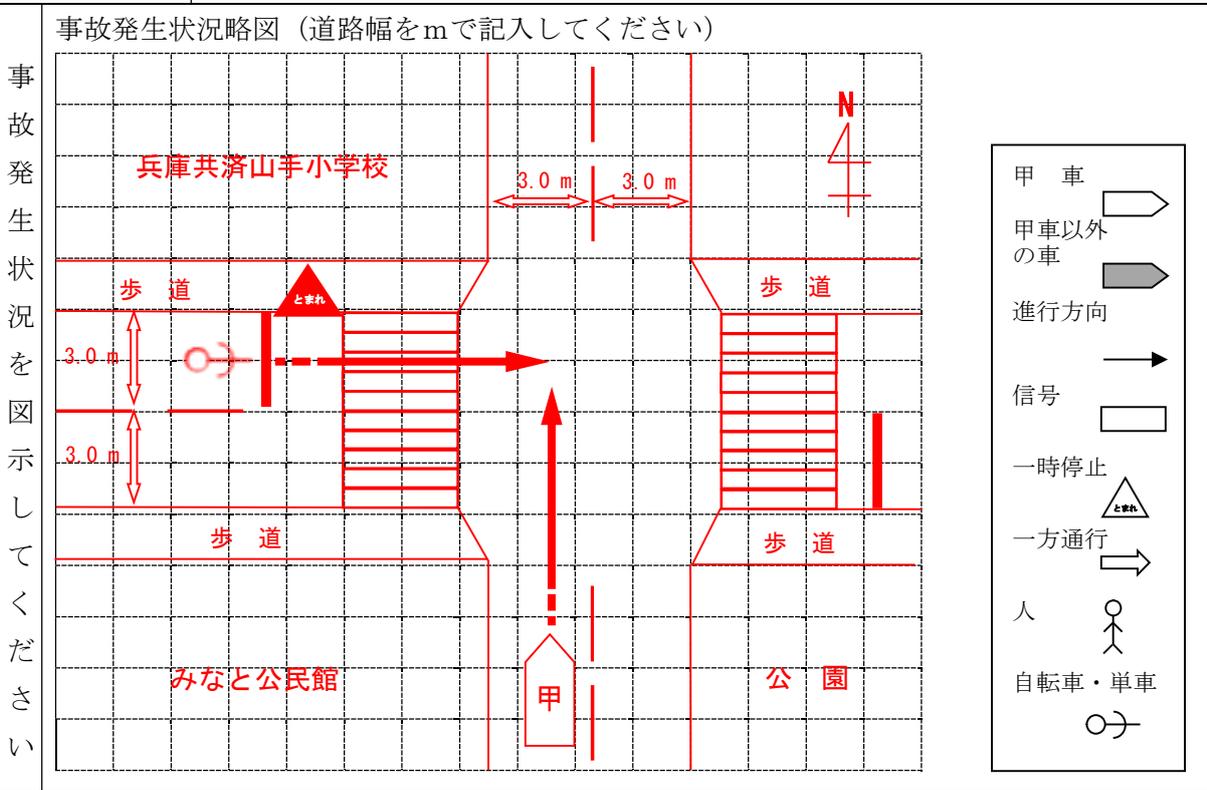
(注意) 事故発生から2ヶ月以内に提出してください。

書類の取り寄せに時間がかかる場合は、その旨連絡し、提出可能な物から先にお送りください。

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 40 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	明方 <input checked="" type="checkbox"/> 昼間 ・ 夕方 ・ 夜間
道路の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 舗装 <input checked="" type="checkbox"/> している ・ していない	歩道 (両 ・ 片) ある ・ ない	見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良い ・ 悪い		
	<input checked="" type="checkbox"/> 平坦 ・ 坂 (緩 ・ 急)	<input checked="" type="checkbox"/> 直線 ・ カーブ	積雪路 ・ 凍結路		
信号又は標識	信号 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 一時停止標識 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 駐停車禁止 されている <input checked="" type="checkbox"/> されていない その他の標識 ()				



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会い頭に衝突した。このため、乙は転倒して負傷した。

(※「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。

令和 **3** 年 **1** 月 **20** 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** (印)

上記のとおり相違ありません 共済 次郎 (印)

(注意) 必ず「人身事故」となっている交通事故証明書を提出してください。

やむを得ず「物損事故」となっている場合は、「人身事故証明書を添付できない理由書」も併せて送付してください。

当時の状況を出来る限り詳しく記入してください。

※ 交通事故の場合は、人身事故の交通事故証明書も併せて提出してください。

人身傷害保険（ご自身の車の損害保険）等の使用状況の有無			
(有) ・ 無			
有の場合は、保険会社名		共済海上火災保険(株)	
担当部署・担当者名		〇〇係 兵庫 一郎	TEL (0123) 456-9999
第三者（相手方及び相手方の使用主）との関係			
加害者	氏名	保健 史人 性別 (男)・女)	
	生年月日	(昭)・平・令 45 年 3 月 1 日 (当時 50 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 所在地	〒999-1234 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	(加入している)	
	保険会社等	〒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	加害者が請求した	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)	
	保険会社等	〒888-6666 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 3-161 保健火災(株)〇〇サービスセンター TEL (0007) 890-1112	
	取扱担当者名	春来 三郎	
	保険使用について	(相手は承諾している)	
自動車賠償責任保険証明書番号		第 3-A5-678910	
車台番号		212-121415	
(※) 任意保険加入者番号		0401232124-7	

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。

(組合員側が記入してください)

念書 (兼同意書)

平成・令和 3 年 1 月 1 日に相手方 (以下、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短期給付を受けた場合、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

令和 3 年 1 月 20 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

令和 3 年 1 月 1 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貴組合から行われた短期給付については、私の責任の不法行為（交通事故・傷害事故等）に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

1. 短期給付確定時に損害賠償金（共済組合給付分）をその過失割合に応じ支払いすること。
2. 貴組合の書面承諾なしに示談したときは共済組合短期給付分に限り、何人にたいしても示談の効力を主張しないこと。

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、地方公務員等共済組合法第 50 条に基づく損害賠償請求権を貴組合が取得することに異議を申しません。

令和 3 年 1 月 20 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。

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

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。

保証人
住所 〒888-6666
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 3-161
保健火災(株)〇〇サービスセンター
氏名 **春來 三郎** ㊟

(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 . . .)

令和 3 年 5 月 10 日			
兵庫県市町村職員共済組合理事長 様			
記号番号 123 - 8765			
組合員氏名 共済 太郎			印
被害者氏名 共済 次郎			続柄 二男
下記の通り治癒しましたので報告します。			
事故発生年月日	令和 3 年 1 月 1 日		
傷病原因	交通事故		
医療機関	名称	所在地	最終通院日
	△△市民病院	〇〇県〇〇市〇〇町 32-1	令和 3 年 1 月 6 日
	××整形外科	〇〇県〇〇市〇〇町 145-7	令和 3 年 5 月 7 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
治癒年月日 または 症状固定日	令和 3 年 5 月 7 日 ※ 症状固定の場合は、症状固定日の確認できる診断書の写しを添付してください。		
後遺障害の有無	有 ・ 無		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
令和 3 年 5 月 10 日		職名 〇〇市長	
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。

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。

1. 被害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。

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。

令和 3 年 1 月 8 日

記

1. いつ(発生日時)	令和 3 年 1 月 1 日 午前 午後 8 時 20 分ごろ
2. どこで(発生場所)	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇付近の交差点
3. 何をしている(何をしに行く)ときですか?(原因及び状況)	詳細に記入してください。 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△△クリニックにて約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. 勤務中または出勤中・帰宅中の怪我ですか?	はい ・ いいえ
「はい」の場合は、公務災害(組合員)、労災(被扶養者)、通勤災害になりますので、原則健康保険は使用できません。共済組合に連絡してください。手続きをご案内します。	
5. 警察への届出していますか?	はい ・ いいえ
届け出た警察署名:	〇〇警察署 【受理番号】 第1234号
届け出なかった理由:	
6. 受診した医療機関名・初診日・傷病名	この怪我が原因で行った病院名と最初の日を記入してください。
①	〇〇 病院・クリニック (R 3 / 1 / 1) (傷病名 左大腿・左肩打撲)
②	△△ 病院・クリニック (R 3 / 1 / 1) (傷病名 頸椎捻挫)
7. その他・参考事項	相手が判明した場合、すみやかに共済組合へ届出します。

※ ひき逃げ等加害者が不明の場合で、相手が判明した場合は速やかに「損害賠償申告書」を提出してください。