

損害賠償申告書

大阪市職員共済組合理事長 あて

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

所属 総務局

氏名 共済 太郎

連絡先（電話番号） 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

次のとおり申告します。

組	記号 - 番号	1 - 1234567	組合員氏名	共済 太郎		
	受傷者氏名	共済 三郎		続柄	子	
合	性別	男・女	生年月日	昭・平	〇 年 〇 月 〇 日	
	事故発生日時	平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日 (〇) 午前・午後 〇 時 〇 分頃				
	事故発生場所	大阪市〇〇区〇〇 〇 - 〇 - 〇				
	受診医療機関	名称	〇〇クリニック	〇〇総合病院		
所在地		大阪市〇〇区〇〇 〇 - 〇 - 〇		大阪市〇〇区〇〇 〇 - 〇 - 〇		
電話番号		(〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		(〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
診療開始日		平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日から		平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日から		
員	組合員証等の使用	有・無		有・無		
	治療状況	支払方法	自費・相手方・保険会社・その他 ()		自費・相手方・保険会社・その他 ()	
		平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日 治療終了・治療継続中 (全治 〇ヵ月・〇週間・〇日)				
記	第三者	相手方氏名	組合 一郎		職業	会社員
		住所	大阪市〇〇区〇〇 〇 - 〇 TEL (〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
入	第三者親権者	親権者氏名	(第三者が未成年の場合は記入してください。)			
		住所	TEL () -			
欄	示談	平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日 成立・未成立				
	保険加入状況 (相手側)	契約会社	自賠責保険 〇〇保険会社		任意保険 〇〇保険会社	
		証明書番号	A-11111		B-22222	
		電話番号	(〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		(〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
		担当者	〇〇 様		△△ 様	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日						
所属機関の長 又は所属所長			職名 _____ 氏名 _____ (印)			

受付印

注1. 「念書兼同意書」を必ず添付してください。

また、交通事故の場合は「交通事故証明書(写)」を必ず添付してください。

注2. 示談した時又は症状固定の時は必ず連絡してください。

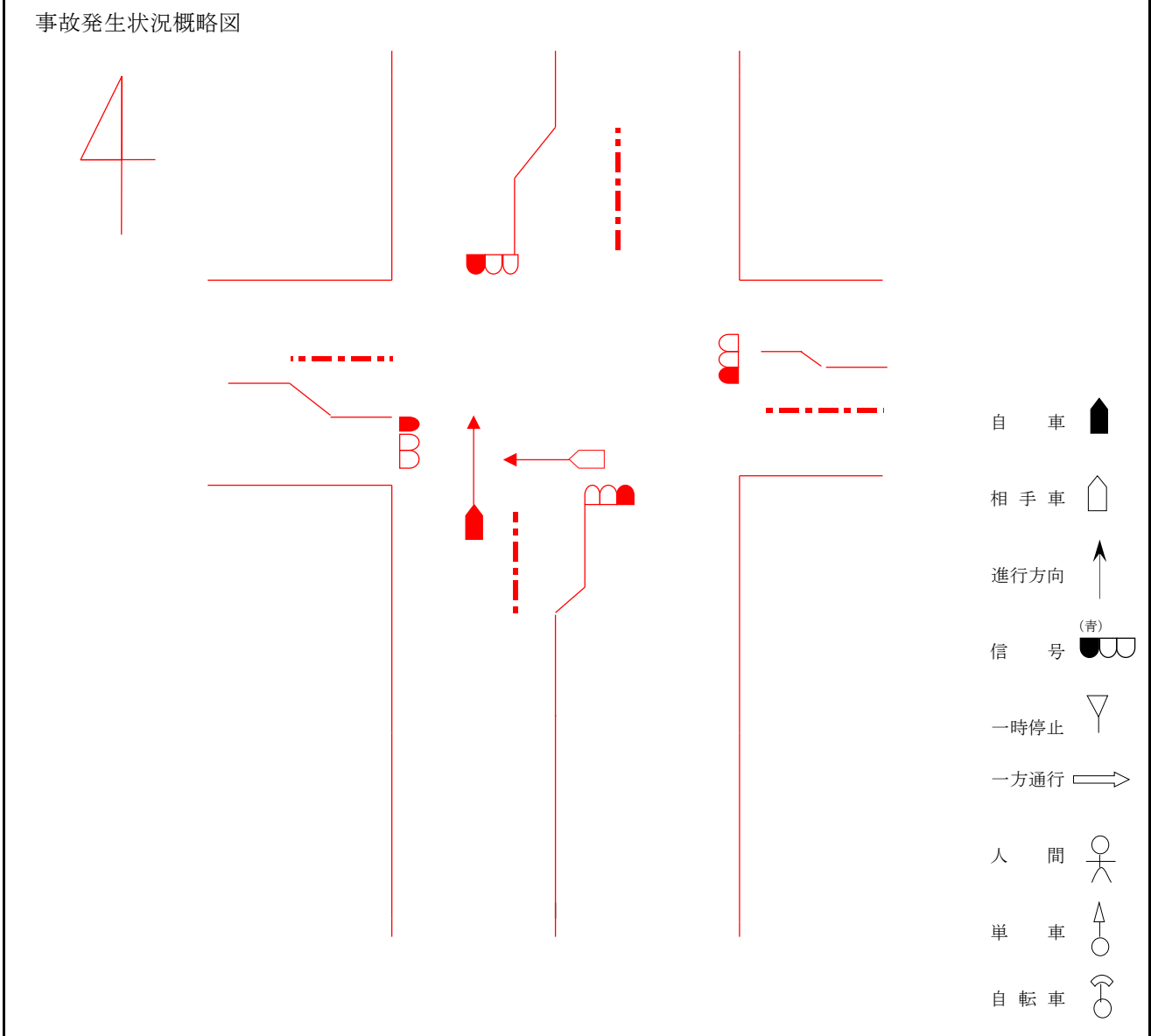
注3. 保険診療を受けた時は、その治療費について受給者の損害賠償請求権を保健給付した価額を限度として当共済組合が取得し、加害者に請求します。(地方公務員等共済組合法第50条)

事故発生状況報告書

記号 - 番号	1 - 1234567	組合員氏名	共済 太郎 共済 印
連絡先	勤務先名称 総務局	TEL	(〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
	自宅住所 大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇	TEL	(〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
負傷名	腰椎破裂骨折 (複数ある場合は、複数記入してください。)		
負傷部位	腰 (複数ある場合は、複数記入してください。)		

天候	晴・曇・ 小雨 ・雨・雪・暴風雨・霧・濃霧	速度	自車 50 km/h (制限速度 60 km/h) 相手車 80 km/h (制限速度 60 km/h)
徐行	自車 有 無 相手車 有 無	一時停止標識	有(停止した・していない) 無 見越し 良 ・悪

具体的な事故の原因と状況 自車が北へ走行中、青信号で交差点へ進入しようとしたところ、東方向から信号無視をしてきた相手車と衝突し、腰を強打したもの。現在、通院中であり、症状固定及び相手と示談するに至っていない。症状固定した際は、共済組合へ連絡します。



事故の原因と状況及び事故発生状況概略図は、当共済組合が加害者に損害賠償請求をする時に重要となりますので、できるだけ詳しく記入してください。