

負傷状況報告書

| | | | | | | | |
|---|--|---|---------------|-------------------|------------------|--|--|
| 組合員証記号番号 | | 〇〇〇-〇〇〇 | | 組合員氏名 | 共済 太郎 | | |
| 所属部課名 | | 〇〇課 | | 職 種 | 事務職 | | |
| 被災者氏名 | | 共済 花子 続柄 妻 | | 生年月日 | 昭・平・令〇〇年〇〇月〇〇日 | | |
| 傷病発生 | 日時 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 | | 午(前(後) 〇〇時 〇〇分 ごろ | | | |
| | 場所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | | | | | |
| 公務上外の別 | | <input type="radio"/> 公務上(認定番号) <input checked="" type="radio"/> 公務外 | | | | | |
| 傷病発生 の原因及 び状況 | 午後〇〇時〇〇分頃、被害者(共済花子)が自宅近くのスーパーから買い物を終えて自動車で帰宅途中、脇道から横断してきた相手方の自動車と衝突し、股関節を骨折した。 | | | | | | |
| | できるだけ詳しく記入して下さい。 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 傷病名及びその程度 | | 股関節骨折(2~3か月) | | | | | |
| 病院等の名称及び所在地 | | 〇〇病院 〇〇市〇〇町〇〇 | | | | | |
| 損害賠償申告書 | | | | | | | |
| 第三者 (相手方) | 氏名 | 〇〇 〇〇 | | 生年月日 | 昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇 | | |
| | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| 第三者(相手方)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 | | 〇〇〇〇〇 | | | | |
| | 所在地は住所 | | 〇〇市〇〇町〇〇 | | | | |
| | 代表者(役職) | | 〇〇〇 | 氏名 | 〇〇 〇〇 | | |
| | 電話番号 | | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | |
| 被害状況及びその見積額 | 股関節骨折 自動車の破損 | | | | | | |
| 第三者(相手方)側から受けた損害賠償の内訳金額及びその年月日 | 交渉中 | | | | | | |
| 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（相手方）の自動車損害賠償責任保険（強制保険） | | | | | | | |
|----------------------------------|---|----------|---------|----------|------|----------|---------------------|
| 契約保険会社名 | 〇〇〇 保険会社 | 証明書番号 第 | 〇〇〇〇〇〇〇 | 号 | | | |
| 保険契約者 | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | | 保有者 | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | |
| | 氏名 | 〇〇 〇〇 | | | 氏名 | 〇〇 〇〇 | |
| 相手方と契約者との関係 | | 本人 | | 連絡先電話 | | | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 自動車 | 車種 | 〇〇〇〇 | | 保険期間 | 自 | 令 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 車両番号 | 〇〇〇〇 | | | 至 | 令 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 使用の本拠地 | (都道府県名) | 〇〇 | 自賠償請求の有無 | | | (有) ・ 無 |
| 第三者（相手方）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 | 〇〇〇 保険会社 | 契約番号 | 〇〇〇〇〇 | |
| 保険契約者氏名 | 〇〇 〇〇 | | 担当者名 | 〇〇 〇〇 | 電話番号 | 〇〇-〇〇 | |
| 任意保険会社の住所 | | | | | | | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇 |
| 事故取扱い警察署 (事故証明書添付のこと 〇〇 警察署 〇〇 係 | | | | | | | |
| 事故発生状況略図 | <p>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。)</p> | | | | | | |
| | <p>上記のとおり報告・申告します。</p> <p>愛知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p style="text-align: right;">住所 〇〇市〇〇町〇〇</p> <p style="text-align: right;">組合員</p> <p style="text-align: right;">氏名 共済 太郎 (印)</p> | | | | | | |
| | <p>上記の記載内容は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p style="text-align: right;">〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">所属所長 〇〇 〇〇 (印)</p> | | | | | | |

- (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(相手)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。