

損害賠償申告書

組合員 記号・番号	—	所属所名			
組合員 氏名		被害者 氏名	□ 男 □ 女 (続柄)		
加害者 氏名		加害者 住所			
事故発生 年月日	年 月 日		□ 午前 □ 午後	時 分頃	
事故発生 の詳細な状況 及び原因					
被害の状況 及び その見積額	被害の状況		見積額		
			円		
加害者から 受けた 損害賠償	治療費	慰謝料・見舞金	その他 ()		
	円	円	円		
受診医療機関	①	医療機関等			
		診療年月	年 月 ~	年 月	□ 入院 □ 外来 □ 調剤 □ 歯科 □ 柔整
	②	医療機関等			
		診療年月	年 月 ~	年 月	□ 入院 □ 外来 □ 調剤 □ 歯科 □ 柔整
	③	医療機関等			
		診療年月	年 月 ~	年 月	□ 入院 □ 外来 □ 調剤 □ 歯科 □ 柔整
治療見込み 治療終了日	□ 不明 □ 年 月頃治療見込 □ 年 月治療終了				
<p>上記のとおり申告します。</p> <p>和歌山県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">組合員 氏名</p>					
<p>上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏名</p>					
本書写し 送付	□ 要		※ 必ず裏面を確認し、申告書を提出してください。		

● 損害賠償申告書提出時の注意事項について

- ・ 発生日から1か月以内に提出してください
- ・ 公務(就業)中の負傷は、公務災害保険または労災保険(被扶養者のパート・アルバイト含む)の適用です。基本的に保険診療での受診はできません。

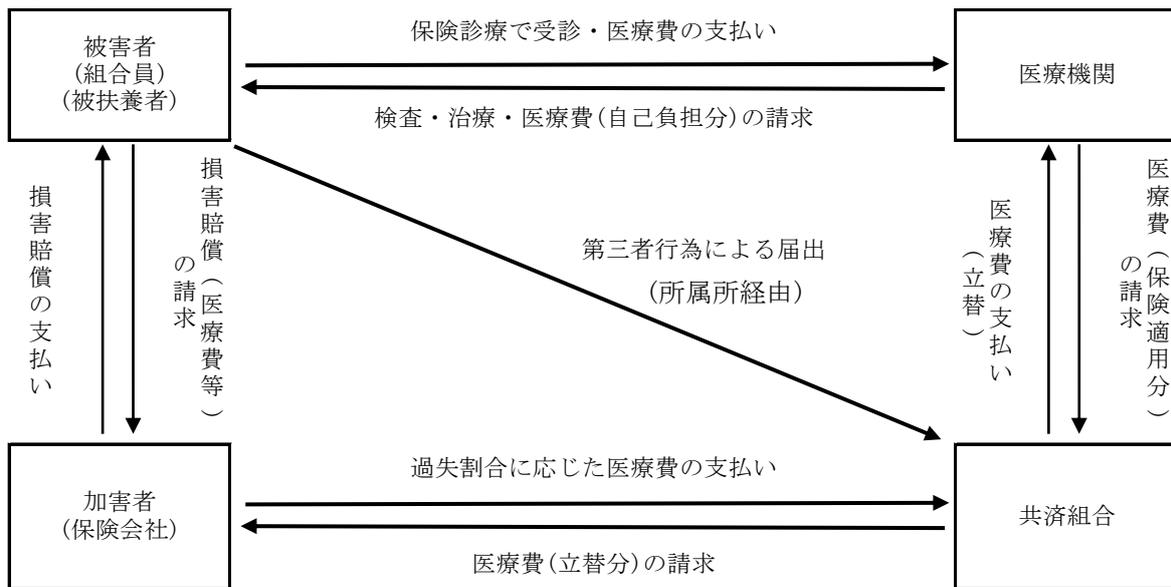
● 第三者行為について

第三者(自分以外の方)からの行為により療養(治療)を受ける場合、その医療費は、原則として加害者(相手方)が支払う損害賠償金の中から支払われるべきであり、**保険診療を受けることができません。**

しかし、第三者行為による負傷に係る事務手続きは、即時解決できるものではないことから、事前に共済組合に連絡していただくことで、保険診療として医療機関で治療を受けることが可能です。

その場合、本来加害者が支払うべき医療費を共済組合が一時的に立て替え払いし、後日共済組合から加害者に対して、その医療費を請求することになりますので、損害賠償申告書等を提出してください。

< 保険診療での医療費の流れ >



● 第三者行為による損害賠償申告書の提出について

第三者行為により受傷し、医療費の給付事由が生じた場合には、その給付事由に対して行った給付の価格の限度で、共済組合は受給権者(扶養者を含む)に代わって第三者(加害者)に対し損害賠償の請求権を取得します。(地方公務員等共済組合法第50条第1項)

組合員又は被扶養者が第三者行為により受傷された場合、**必要書類をすみやかに共済組合に**

提出してください。

提出書類	備考
損害賠償申告書	
事故証明書	保険会社が原本証明した証明書も可能
事故発生状況報告書	
誓約書(加害者用)	相手が任意保険に加入していない場合、「印鑑証明書」も添付
念書(被害者用)	
加害者加入保険報告書	
人身事故証明書入手不能理由書	「事故証明書」が物件事故の場合のみ提出

● 治療終了(治癒)又は症状固定と判断された場合

事故に起因する治療が終了したとき、又は医師により症状固定と判断された場合、**共済組合に報告してください。**

提出書類	備考
傷病治癒等報告書	

損害賠償申告書

組合員 記号・番号	9999 - 99999	所属所名	〇〇〇〇市	
組合員 氏名	〇〇 〇〇	被害者 氏名	〇〇 △△	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (続柄 長男)
加害者 氏名	◇◇ ◇◇	加害者 住所	〒999-9999 〇〇〇〇県〇〇〇〇市〇〇〇〇 〇〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇〇〇 〇〇号室	
事故発生 年月日	令和 X 年 XX 月 XX 日	<input type="checkbox"/> 午前 XX 時 XX 分頃 <input checked="" type="checkbox"/> 午後		
事故発生 の 詳細な 状況 及び 原因	国道〇〇号線の〇〇交差点で青信号を確認し、〇〇駅方面に走行中に左方から来た相手側が運転する車と衝突。 相手側は、信号が点滅から赤信号に切り替わった際に交差点に侵入した。 相手側がよけようとしたが、間に合わず当方の車と接触し、転倒した。			
被害の 及び その見	被害の状況		見積額	
出来るだけ具体的に 記入してください。	事故により医療機関で治療中 (打撲、骨折、脳挫傷)		999,999 円	
加害者から 受けた 損害賠償	治療費	慰謝料・見舞金	その他 (レンタカー代)	
	99,999 円	99,999 円	99,999 円	
受診 医療 機関	① 医療 機関等	〇〇〇〇医院		
	診療 年月	令和 X 年 XX 月 ~ 令和 X 年 XX 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 柔整	
	② 医療 機関等	〇〇〇〇調剤薬局		
	診療 年月	令和 X 年 XX 月 ~ 令和 X 年 XX 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 柔整	
③ 医療 機関等	〇〇〇〇接骨院			
診療 年月	令和 X 年 XX 月 ~ 令和 X 年 XX 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input checked="" type="checkbox"/> 柔整		
治療見込み 治療終了日	<input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 X 年 XX 月頃治療見込 <input type="checkbox"/> 年 月治療終了			
上記のとおり申告します。 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 X 年 XX 月 XX 日 住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇 組合員 氏名 〇〇 〇〇				
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 X 年 XX 月 XX 日 職名 〇〇〇〇市長 所属所長 氏名 □□ □□				
本書写し 送付	<input type="checkbox"/> 要	※必ず裏面を確認し、申告書を提出してください。		