

損害賠償申告書

記入例

組合員	記号番号	仙市 1234567	組合員氏名	共済 太郎	所属	総務局〇〇課
	住所・電話	〒△△△-△△△△ 仙台市青葉区〇〇1-2-3 日中連絡先TEL 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			生年月日	S H R 〇年〇月〇日
被害者	組合員の場合は チェックのみ <input type="checkbox"/>	氏名	共済 花子	組合員との続柄	妻	S H R 〇年〇月〇日
		住所	〒△△△-△△△△ 仙台市青葉区〇〇1-2-3		電話番号	022-〇〇〇〇-〇〇〇〇
(加害者側) ※未成年の場合 は合わせて親権者 氏名を記入	氏名	仙台 一郎 (親権者氏名)				
	住所	〒△△△-△△△△ 仙台市太白区〇〇4-5-6	電話番号	022-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	責任保険	保険会社名	〇〇火災海上保険株式会社	電話番号	022-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
		自賠責証明書番号	第〇〇〇〇〇〇〇〇〇号	保険契約者名	仙台 一郎	
	(自賠責)	保険期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日			
	任意保険	保険会社名	〇〇損害保険株式会社	電話番号	022-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	保険契約者名	仙台 一郎	契約番号	〇〇〇〇〇〇〇号		
	保険期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日				
事故内容	発生日時	令和〇年〇月〇日 午前・午後〇時〇分頃				
	発生場所	仙台市宮城野区〇〇10-9-8				
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> その他 (
	結果	<input checked="" type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 死亡 (<input type="checkbox"/> 即死 <input type="checkbox"/> 入院直後 <input type="checkbox"/> 入院中) 死亡日 年 月 日				
	警察の立会	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ないが届出済 (所轄警察署) 警察署				
	事故状況	別紙事故発生状況報告書のとおり (交通事故以外の場合は記入)				
	被害の状況	公務災害等 対象の確認				
	本件が、公務災害等の給付対象となる業務上又は通勤中の事故の場合は右欄にチェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/>					
治療状況	傷病名	頸椎捻挫, 胸椎捻挫				
	医療機関	①医療機関名	入院	治療開始日	令和〇年〇月〇日	
		〇〇総合病院	有・無	治療終了日 (見込)	令和〇年〇月〇日	
		住所	〒△△△-△△△△ 仙台市太白区〇〇町〇番〇号 TEL 022-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	※治療終了日 (見込) については可能な 範囲で記入	②医療機関名	入院	治療開始日	令和 年 月 日	
	〒	有・無	治療終了日 (見込)	令和 年 月 日		
		TEL				
	③医療機関名	入院	治療開始日	令和 年 月 日		
	〒	有・無	治療終了日 (見込)	令和 年 月 日		
		TEL				
損害賠償の受領 及び示談状況	□受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		※受けている場合は、以下の欄について詳しく記入してください。			
	損害賠償の種類	□保険会社からの賠償 □その他 ()				
	賠償金の内容			賠償金の 受領金額		
	示談状況	□成立 (令和 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 未成立 (令和 〇年〇月〇日現在)				
上記のとおり申告します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和〇年〇月〇日 住所 仙台市青葉区〇〇1-2-3 届出者 氏名 共済 太郎 (自署又は記名押印)					共済組合受付印	

(注) 1. 示談する時又は症状固定になった時は、必ず連絡してください。
2. 加害者の氏名及び住所が明らかでないときは、理由を付してその旨を記入してください。