

損 害 賠 償 申 告 書

組合員証番号	—	所 属 所 名	電話 () —
組合員氏名		療養者名 (続柄)	()
事故発生場所		療養者名 (続柄)	()
		療養者名 (続柄)	()
事故発生年月日		事故発生の状況	
加害者から受けた賠償額	医療費	円	年 月 日
	その他	円	示談等の交渉状況 成立 ・ 未成立
受診医療機関	名 称		
	住 所		
	電話番号	()	()
	診療開始日	年 月 日から	年 月 日から
治療状況	組合員証等の使用	有 無	有 無
	支払方法	自費 ・ 相手方 ・ 保険会社 その他 ()	
		年 月 日 ・ 治療終了 ・ 治療継続中	
相手方(加害者)	相手方氏名		職業
	住 所	〒	電話 () —
	親権者氏名		
	住 所		
相手方の自賠責保険	会 社 名		電話 () —
	住 所	〒	担当者名
	証明書番号		保険期間
	契約者氏名		住 所 〒
	当該自賠責に対する被害者請求の有無	有 無	請求時期
相手方の任意保険	会 社 名		電話 () —
	住 所	〒	担当者名
	証明書番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	契約者氏名		住 所 〒
被害者の入身傷害保険の加入状況等	<p>* 人身傷害保険とは、損害保険会社が運営する任意の自動車保険の一つであり、対人賠償保険の保険金が事故の相手方に生じた損害を賠償するために支払われるとは異なり、自分自身の損害に対して自分が加入した保険会社から保険金の支払いを受けられるものです。</p> <p>・人身傷害補償保険に <u>加入している</u> ・加入していない</p> <p>・保険会社名及び保険証券番号 _____ 証券番号 _____</p> <p>・人身傷害補償保険金の請求の有無 <u>請求した</u> ・請求する ・請求予定なし</p> <p>・人身傷害補償保険金の支払を受けている場合は、受けた金額及びその年月日 _____ 円 (_____ 年 _____ 月 _____ 日受領)</p>		
<p>以上のとおり申告します。</p> <p style="text-align: center;">宮城県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">自宅電話 () —</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名 ㊟</p>			

※示談成立している場合は、示談書のコピーを添付してください。

*住所等が同じな場合は、同上と記入してよい。

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 (運転者)	氏名 (電話)		乙 (被害者)	氏名 (電話)		乙の状況	運転・同乗 歩行・その他
速度	甲車 km/h (制限速度 km/h)		乙車 km/h (制限速度 km/h)				
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明	暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装 してある していない	歩道 (両・片)	ある ない	直線・カーブ			
	平坦・坂	見通し	良い 悪い	積雪路・凍結路			
信号又は 標識	信号 ある ない	駐停車禁止	されている されていない	その他標識			
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください)						
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 35%;"> <p>甲車 (相手車) </p> <p>乙車 (自動車) </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>一方通行 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 オートバイ </p> </div> </div>						
上記図の説明	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>						

甲車以外の車についてに判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運転者	氏名
保有者	〒 住所		連絡先 () -

年 月 日

甲との関係 ()

報告者

氏名

印

乙との関係 ()

治 癒 報 告 書

年 月 日

宮城県市町村職員共済組合理事長 様

組合員証記号 一

組合員氏名

被扶養者氏名

第三者行為（交通事故等）による負傷により、組合員（被扶養者）証を
使用して治療していましたが、下記のとおり治癒したので、報告します。

記

事 故 発 生 日 年 月 日

治 癒 年 月 日 年 月 日

傷 病 名 ()

最終医療機関名 ()

注 治癒とは、完全治癒のみでなく、症状固定の状態になったときも含みます。

報 告 者



被害者との関係 ()

[提出先]
〒980-8422
宮城県仙台市青葉区上杉1-2-3
宮城県市町村職員共済組合 保険課 給付係

宮城県市町村職員共済組合理事長 御中

念 書

私が被った下記の保険事故による保険給付を受けたときは、地方公務員等第50条の規定により、保険給付額の限度において、貴殿が相手方に対する損害賠償請求権を宮城県市町村職員共済組合が取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項に同意し、遵守することを書面をもって申し立てます。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、宮城県市町村職員共済組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けること、宮城県市町村職員共済組合が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓致します。

- 1 本件保険事故に関して保険給付をしたことを証明するもの（診療報酬明細書等）の写しを相手方及び損害保険会社（自賠責保険・自動車保険（共済）等をいう。以下同じ）に提供すること。
- 2 相手方及び損害保会社等と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 3 相手方及び損害保会社等に白紙委任状を渡さないこと。
- 4 相手方及び損害保会社等から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 5 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。
- 6 相手方及び損害保会社等との交渉上必要が生じた際に、この念書の写しを提供すること。

令和 年 月 日

(組合員) 住所 _____

氏名 _____ 印

(受傷者) 住所 _____

氏名 _____ 印

(注) 受傷者が組合員本人であるときは、受傷者欄のみ署名捺印してください。

事故発生年月日		事故発生場所	
相手方	住 所		
	氏 名		

宮城県市町村職員共済組合理事長 御中

念書

私が被った下記の保険事故による保険給付を受けたときは、地方公務員等第50条の規定により、保険給付額の限度において、貴殿が相手方に対する損害賠償請求権を宮城県市町村職員共済組合が取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項に同意し、遵守することを書面をもって申し立てます。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、宮城県市町村職員共済組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けること、宮城県市町村職員共済組合が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓致します。

- 1 本件保険事故に関して保険給付をしたことを証明するもの（診療報酬明細書等）の写しを相手方及び損害保険会社（自賠責保険・自動車保険（共済）等をいう。以下同じ）に提供すること。
- 2 相手方及び損害保会社等と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 3 相手方及び損害保会社等に白紙委任状を渡さないこと。
- 4 相手方及び損害保会社等から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 5 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。
- 6 相手方及び損害保会社等との交渉上必要が生じた際に、この念書の写しを提供すること。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(組合員) 住所 _____

氏名 _____ (印)

(受傷者) 住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇-〇 _____

氏名 杜の みやこ _____ (印)

(注) 受傷者が組合員本人であるときは、受傷者欄のみ署名捺印してください。

事故発生年月日	令和元年〇月〇日	事故発生場所	〇〇市〇〇町〇-〇 スーパー〇〇 駐車場敷地内
相手方	住所 仙台市青葉区上杉 1-2-3		
	氏名 共済 太郎		

《誓約書》

第三者（相手側）が記入する書類です。

共済組合の支払った治療費を過失に応じて支払うことを承諾する書類です。

誓約書

宮城県市町村職員共済組合より下記被保険者が受けた当該保険事故に起因する保険給付については、保険事故の当事者として次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

- 貴殿が本件事故に関して支払った保険給付に基づく貴殿からの請求に対し、保険事故にかかる私の過失割合に応じた損害賠償金額を貴殿に支払うこと。
- 下記被保険者と示談を行う場合は、前もって貴殿にお知らせします。
- 納付期限までに支払うことができなかった場合は、その理由を貴殿に報告し、承諾を得ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

誓約者 (住所) 仙台市青葉区上杉 1-2-3

(氏名) 共済 太郎

印

宮城県市町村職員共済組合理事長 様

事故発生年月日	令和〇年〇月〇日	事故発生場所	〇〇市〇〇町〇 - 〇 スーパー〇〇 駐車場敷地内
* 誓約者等	住 所		
	氏 名		
被保険者	住 所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇		
	氏 名 杜の みやこ		

* 欄は誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。

* 組合員（被扶養者）の過失が大きい場合は、記入してもらえないことがあります。その場合は、「自車の過失が大きく記入してもらえませんでした」など理由を記入して提出してください。

年 月 日

人身事故証明書入手不能理由書

_____ 保険会社御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由を襲えてください。

理 由 *該当する項目にレ印をしてください。 *複数に該当する場合は、すべてにレ印をしてください。	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため	
	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、短時間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため	
	<input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため	
	<input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）	
	【理由】	
	<input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）	
	【理由】	
◆警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。		
届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日 年 月 日

裏面へ→ 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<input type="radio"/> 当事者	住 所 〒 _____ 記入日 _____ 年 月 日
<input type="radio"/> 目撃者	
<input type="radio"/> その他 ()	
*該当する項目にレ印をしてください	氏 名 _____ ㊞
	電 話 _____ ()

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日時		午前 年 月 日 時 分頃 天候 午後			
発生場所					
当 時 者	甲	住 所	電話 ()		
		氏 名	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平 () 才	
		自賠償保 険契約先	自賠償保 険 証明書番号	第 号	
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行 その他	
	乙	住 所	電話 ()		
		氏 名	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平 () 才	
		自賠償保 険契約先	自賠償保 険 証明書番号	第 号	
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行 その他	
	丙	住 所	電話 ()		
		氏 名	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平 () 才	
		自賠償保 険契約先	自賠償保 険 証明書番号	第 号	
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行 その他	