

損害賠償申告書

様式第二十一号

組合員証記号番号	-	所属機関名	
ふりがな		ふりがな	
組合員氏名		被害者(当方)氏名	
ふりがな			性別
加害者(相手方)氏名		事故発生年月日	平成 年 月 日

上記のとおり申告します。

三重県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

住 所

組 合 員

氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

印

添付書類 (かならず提出してください。)

1. 「相手方の状況(明細)」 2. 交通事故証明書(原本)(人身事故用) 3. 事故発生状況報告書

4. 診 断 書 5. 念 書(2枚) 6. 誓 約 書(2枚)

(注意事項)

1. 交通事故証明書については、自動車安全運転センター(手続については事故の届出をした警察署で尋ねてください。)でとってください。なお届出をしていない場合は、交通事故証明書にかわるものとして交通事故があったことについて当事者の自認書、目撃者による現認書を添付してください。

2. 加害者(相手方)の氏名及び住所があきらかでないときは、理由を付してその旨記入してください。

3. 事故発生状況報告書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ください。

【損害賠償申告書の裏面】

相手方の状況（明細）

1. 自動車運転者（使用者）について

イ. 勤務先.....氏名又は名称（ ）

ロ. 所在地.....（ ）

ハ. 代表者氏名.....（ TEL ）

ニ. 職業又は事業の内容.....（ ）

ホ. 交通事故当時..... 1) 業務中であった。 2) 業務外であった。

2. 自動車の所有者（名義人）について

イ. 住所.....（ ）

ロ. 氏名.....（ TEL ）

ハ. 自賠保険契約者との関係...本人（自動車運転者）・譲受人・借受人・その他（ ）

3. 自賠保険契約者について

イ. 住所.....（ ）

ロ. 氏名.....（ TEL ）

ハ. 保険期間..... 自 年 月 日 至 年 月 日 午前 12 時

ニ. 保険会社名.....（ ）

ホ. 保険証明書番号.....（ 第 号 ）

4. 任意保険契約について

任意の自動車保険に 入っている・入っていない

入っているならば

イ. 保険会社名.....（ ）

ロ. 保険証明書番号.....（ 第 号 ）

事 故 発 生 状 況 報 告 書

保険証明書 番 号	第 号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏 名 (電話)	
自動車の番号			乙(被害者)	氏 名 (電話)	運転・同乗 歩行・その他
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 してない 平坦・坂	歩道(両・片) ある ない 見通し 良 い 悪 い	直線・カーブ	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	
速 度	甲車両 km/h(制限速度 km/h)、乙車両 km/h(制限速度 km/h)				
事故現場に於ける状況を图示してください。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)				
	自 車 相手車 進行方向 信 号 一時停止 人 間 自 転 車 オートバイ 横断歩道				
上記の図の説明を					
損害賠償の交渉について <input type="checkbox"/> まだ交渉していない。 <input type="checkbox"/> 交渉中(交渉の経過を記入してください。)			加害者より医療費(自己負担分)の支払いを <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

報 告 者(組合員)



診 断 書

損
3

住所	
傷病者	氏名
	男 昭和 女 平成
	年 月 日生 (歳)
病名及び態様	
後遺障害の有無について (次の不要のものを抹消してください。)	
有り・無し・未定	
入院治療 日間 自 年 月 日 至 年 月 日	を要す
通院治療 日間 (内治療 実日数 日)	を要す
自 年 月 日 至 年 月 日	
付添看護を要せず 期間 自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間	理由

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

所在地

名称

医師氏名



念 書 (被害者側)

私が下記交通事故で被った保険事故について、地方公務員等共済組合法による保険給付を受けたときは、組合が地方公務員等共済組合法第50条第1項の規定により保険給付額を限度として加害者に対する損害賠償請求権を取得し、賠償金を受領すること及び損害賠償請求時において、診療報酬明細書（レセプト）等の関係資料を加害者（損害保険会社を含む）に提出することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

1. 組合が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済金）を優先して受領されること（人身傷害保険より優先する）
2. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴殿にその内容を申し出、承諾を得ること
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと
4. 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ、遅滞なく組合に届け出ること

平成 年 月 日

住所

氏名 (印)

三重県市町村職員共済組合理事長 様

記

事故発生日	平成 年 月 日				午前	午後	時	分頃
事故発生場所								
加害者 (運転者)	住所							
	氏名							
被害者 (組合員又はその被扶養者)	住所	※						
	氏名	※				組合員との続柄	※	

(注) ※印欄は誓約者と被害者が異なる場合のみ記入してください。

誓 約 書 (加害者側)

貴組合の組合員（被扶養者）が受けた保険給付は、私との間に生じた交通事故に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

1. 保険給付額確定時に損害賠償金を組合に支払うこと
2. 組合の書面承諾なしに示談したときは、保険給付額を限度として、何人に対しても示談の効力を主張しないこと
3. 上記1の支払いに充てるため、_____保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）のうち、保険給付額を限度として組合が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと

平成 年 月 日

誓約者 住所

氏名 (印)

保証人 住所

氏名 (印)

三重県市町村職員共済組合理事長 様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓 約 者 との 関 係	※
被 害 者 (組合員又は被扶養者)	住 所			
	氏 名			

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

人身事故証明書入手不能理由書

三重県市町村職員共済組合 御中

当 事 者	運 転 者 甲	住 所	電話 ()			
		氏 名	生 年 月 日	明治 昭和	大正 平成	年 月 日 () 歳
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号			
		登 録 番 号	車 台 番 号			
	被 害 者 乙	住 所				
		氏 名	生 年 月 日	明治 昭和	大正 平成	年 月 日 () 歳
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号			
		登録・車両番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
発 生 年 月 日 時		平成 年 月 日	午前	時 分頃	天候	
発 生 場 所						
届 出 警 察		警察 担当官:	届出年月日	平成 年 月 日		
甲・乙以外 の当事者	住 所	氏 名				
	自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第	号		
人身事故証明書入手不能理由						

◇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。

平成 年 月 日

運転者(甲) 住 所
 被害者(乙)
 その他 氏 名 () 電話 ()

(印)

(注) 当該自認欄は、被害者請求(法第16条請求)の場合には、原則運転者側(甲)側の方がご記入ください。

加害者請求(法第15条請求)の場合には、原則被害者側(乙)側の方がご記入ください。

治 ゆ 報 告 書

事故発生の日時	
事故発生の場所	
受診者氏名	
傷病名及び部位	
治ゆ年月日	

上記のとおり治ゆ（症状固定）したことを報告します。

平成 年 月 日

記号番号

組合員氏名

印

損害保険会社に提出する医師の診断書(治ゆ日あるいは症状固定日が記載されているもの)のコピーを添付してください。

治ゆ年月日に記載されている日までにかかった医療費について、当共済組合が相手(加害者)に求償します。