

損害賠償申告書

所属所名 (市町村等)	組合員証	記号	番号
(フリガナ) 組合員氏名	性別 男・女	生年月日 昭和 平成	年 月 日
(フリガナ) 該当者氏名	性別 男・女	生年月日 昭和 平成 令和	年 月 日
組合員との続柄	扶養認定年月日 ※該当者が組合員以外の場合	昭和 平成 令和	年 月 日
事故発生日	年 月 日 午前・午後 時 分頃		
事故発生場所	付近		
事故発生状況 (なるべく詳細に 記入してください。)			
共済事務取扱欄	共済事務担当者氏名		
	部 課 所 名		
	連 絡 先	()	内線
上記のとおり申告します。 埼玉県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 申請者 住所 (組合員) 氏名 (印)			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長 (印)			

共済組合 使用欄	保険課長	主幹	主査	係	基幹入力	記事欄

※1 本書を提出する際は、事前に共済組合に報告願いたいこと。

※2 共済事務取扱欄については、組合員に代わって事件の処理を行なう者を記載願いたいこと。

共済組合保険課 Tel.048-822-3306

損害賠償に係る報告書

事故概要	区分	車別	公務(業務)	程度	備考	1. ひき逃げ 2. 無保険者 3. 自損行為
	被害者		上・外	傷・死		
	加害者		上・外	傷・死		

○被害状況について

被害状況	傷病名				
	初診日	年 月 日	事故程度	重傷・軽傷(全治 ヶ月)	
	受診先病院名			転院先	
組合員証	組合員証	1. 使用中 3. 不使用	2. 使用予定 4. 一部使用	診療別	1. 一般診療 2. 加害者負担 3. 保険診療 4. 自賠責保険
	加害者から受けた 損害賠償				
示談又は交渉経過					
摘要 ※既に自賠責保険より給付を受けた場合には、被害者・加害者請求にかかわらず給付内容を記入してください。					

○加害者について

(フリガナ) 加害者氏名	性別 男・女	生年月日 昭和 平成 令和	年 月 日
住所	連絡先		()

○加害者使用主

加害者使用主	名称	
	住所(所在地)	
	電話	()

○加害者保険関係

自賠	証明書番号		
	契約者	住所	
		氏名	
	自動車	種別	
登録番号			
車台番号			
契約期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
賠償	契約会社	名称	
		所在地	
		電話	()
任意	契約期間		年 月 日 ~ 年 月 日
	契約会社	名称	
		所在地	
		事務取扱担当者	
電話		()	