相手のいる交通事故で医療機関を受診した場合

損　害　賠　償　申　告　書

組合員証 記号番号	123　－　456	組合員氏名	共済　太郎
被害者氏名(続柄)	共済　太郎　（本人）	被害者住所	山形県〇〇市〇〇１丁目２－３
事故発生年月日	令和　6　年　1　月　15　日　（午前・午後　7　時　30　分頃）		
事故発生状況	市内〇〇の市街交差点を自動車で走行中、一時停止無視の相手方軽自動車と衝突した。		
被害の状況及び その見積額	（傷病名） 頚椎捻挫・打撲	（被害の状況及び治療費見込み額） 検査・治療のため受診 （休業の状況）　有　・　無	
損害賠償に関する 交渉経過	（賠償を受けた場合はその内容について具体的に記載してください。）		
医療機関への 受診状況	（受診医療機関名１） 〇〇整形外科	（初診日） 令和　6　年　1　月　16　日	（入院・通院の別） 入院　・　通院
	（受診医療機関名２）	（初診日） 令和　年　月　日	（入院・通院の別） 入院　・　通院
	（治療の状況） ☑ 治療継続中　☐ 治療終了　（令和　年　月　日）		
	（組合員証・保険証の利用状況） ☑ 組合員証を使用した　☐ 組合員証は使用していない		
	（医療費の窓口負担の状況） ☐ 加害者負担　☑ 医療機関から保険会社へ直接請求　☐ 組合員負担		
加害者氏名 （事故の相手）	山形　市郎	加害者住所	山形県〇〇市〇〇町〇番地
加害者の自動車保険　自賠責保険会社	〇〇損害保険株式会社	任意保険会社	〇〇損害保険株式会社
証書番号	ABC123456	証書番号	111-23456
契約者氏名	山形　市郎	契約者氏名	山形　市郎
担当者氏名		担当者氏名	保険　証子
担当者電話		担当者電話	023-123-4567
被害者の任意保険	（人身傷害補償保険への加入状況）　※ 加入有の場合、下記の該当箇所を〇で囲む ☐ 加入無　☑ 加入有　（請求中　・　請求した　・　使用しない） 【保険会社：　〇〇損害保険株式会社　】		

上記のとおり申告します。

山形県市町村職員共済組合理事長　様

令和　6　年　2　月　5　日

申請者　住所　山形県〇〇市〇〇１丁目２－３

氏名　共済　太郎　印

（電話）　123　－　456　－　7890

所属所受付印

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和　6　年　2　月　5　日

所属所長　職名　〇〇市長

氏名　〇〇　〇〇　印

所属所長の証明を受けてください。

(R6.7)

※ 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。

※ 示談が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。

単独・自損事故で医療機関を受診した場合

損　害　賠　償　申　告　書

組合員証 記号番号	123　－　456	組合員氏名	共済　太郎
被害者氏名(続柄)	共済　太郎　（本人）	被害者住所	山形県〇〇市〇〇１丁目２－３
事故発生年月日	令和　6　年　2　月　15　日　（午前・午後　10　時　15　分頃）		
事故発生状況	〇〇市〇〇号線走行中に、小動物を避けようとして電柱に衝突した。		
被害の状況及び その見積額	（傷病名） 頚椎捻挫・打撲	（被害の状況及び治療費見込み額） 検査・治療のため受診 （休業の状況）　有　・　無	
損害賠償に関する 交渉経過	（賠償を受けた場合はその内容について具体的に記載してください。）		
医療機関への 受診状況	（受診医療機関名１） 〇〇整形外科	（初診日） 令和　6　年　1　月　16　日	（入院・通院の別） 入院　・　通院
	（受診医療機関名２）	（初診日） 令和　年　月　日	（入院・通院の別） 入院　・　通院
	（治療の状況） ☑ 治療継続中　☐ 治療終了　（令和　年　月　日）		
	（組合員証・保険証の利用状況） ☑ 組合員証を使用した　☐ 組合員証は使用していない		
	（医療費の窓口負担の状況） ☐ 加害者負担　☑ 医療機関から保険会社へ直接請求　☐ 組合員負担		
加害者氏名 （事故の相手）	加害者なし	加害者住所	
加害者の自動車保険　自賠責保険会社		任意保険会社	
証書番号		証書番号	
契約者氏名		契約者氏名	
担当者氏名		担当者氏名	
担当者電話		担当者電話	
被害者の任意保険	（人身傷害補償保険への加入状況）　※ 加入有の場合、下記の該当箇所を〇で囲む ☐ 加入無　☑ 加入有　（請求中　・　請求した　・　使用しない） 【保険会社：　〇〇損害保険株式会社　】		

上記のとおり申告します。

山形県市町村職員共済組合理事長　様

令和　6　年　2　月　5　日

申請者　住所　山形県〇〇市〇〇１丁目２－３

氏名　共済　太郎　印

（電話）　123　－　456　－　7890

所属所
受付印

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和　6　年　2　月　5　日

所属所長の証明を受けてください。

長　職名　〇〇市長

氏名　〇〇　〇〇　印

（R6.）

※ 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。

※ 示談が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。