

損害賠償申告書

組合員証 記号番号	NGY 123456	フリガナ 組合員氏名	キョウサイ 知 共済 太郎	所 属	総務局〇〇部〇〇課	
被害者 (傷病者)	フリガナ 氏 名	キョウサイ イチロウ 共済 一郎	生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	続柄	長男
	任意保険	あなたの加入する人身傷害保険で対応する場合は、その契約保険会社名・TEL 〇〇火災海上保険株式会社 ・ 052-〇〇〇-〇〇〇〇				
第三者 (相手側)	住 所	名古屋市〇〇区△△町××番地				
※未成年の 場合は合わせ て親権者 氏名	氏 名	加害 花子	(親権者氏名)	(TEL)	〇〇〇-〇〇〇〇	
	勤務先	所在地	名古屋市〇〇区△△町××番地	(TEL)	〇〇〇-〇〇〇〇	
	責任保険 (自賠償)	名 称	〇〇〇〇株式会社	(契約者氏名)	加害 一郎	(保険証明番号) 123456
	任意保険 (任意)	(契約保険会社名・TEL)	〇〇火災海上保険株式会社 ・ 052-〇〇〇-〇〇〇〇	(契約者氏名)	加害 一郎	(保険証明番号) 234567
事故内容	事故発生日時 及び状況	令和 〇 年 〇 月 〇 日 〇 曜日 午前 10 時 10 分頃 通勤(私用)				
	事故発生場所	名古屋市〇〇区△△町××番地				
	種 別	交通事故(人身扱い)・物損扱い(自動車)・その他()・その他()				
	事 故 結 果	即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・治療				
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済 所轄警察署 〇〇 警察署				
	事 故 状 況	別紙事故発生状況報告書のとおり				
治療状況	傷 病 名	左鎖骨骨折				
	医 療 機 関	(名称)	〇〇〇〇病院			(所在地) 名古屋市〇〇区△△町××番地
	治 療 開 始	令和 〇 年 〇 月 〇 日	入院 通院	組合員証使用	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	治療費支払方法	相手・被害者・保険会社・その他()				
損害保証	第三者から損害賠償の受領	受けていない・受けている 受けている場合は、以下の欄について、できるだけ具体的に詳しく書いてください。				
	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(年 月 日・示談書の写を添付してください)・未成立					
上記のとおり申告します。 名古屋市職員共済組合理事長様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 請求者 住所又は所属 総務局〇〇部〇〇課 氏 名 共済 太郎 (共済印)						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所長 職 名 総務局〇〇部〇〇課長 氏 名 総務 一夫 (総務印)						

- 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。
- 交通事故は、①交通事故証明書②事故発生状況報告書③念書④加害者における任意保険会社名届を添付してください。物損事故で処理した場合は、「人身事故証明入手不能届」の提出をしてください。

受付日付印

事務局	次長		係長		係	
-----	----	--	----	--	---	--