

## 損害賠償申告書の提出について

交通事故など他人(第三者)の加害行為でケガをしたり病気になったときは、その治療に要する費用は、加害者である第三者が最終的に負担することになります。

他人(第三者)の加害行為で医療機関を受診した場合、組合員証等のいわゆる保険証を使用して治療を受けることもできますが、組合員証等を使用した場合の医療費は、共済組合が一時的に立て替えたものですので、共済組合から加害者へ請求を行う必要があります。

したがって、第三者の行為でケガや病気をしたときは、必ず共済組合に連絡し、「損害賠償申告書」を提出してください。

### 事故発生時の提出書類

#### <記入し関しての注意事項>

- ・ 事故に遭われてから、1ヵ月以内に、共済組合に提出してください。  
なお、取付けに時間がかかる書類は、その旨をご記入の上、他の書類を先に提出してください。  
また、期限内の提出が困難な時は、ご連絡ください。
- ・ 各書類において、過失の度合い(割合)に関係なく、「ご自身側が被害者」「相手側が加害者」という立場で記入してください。
- ・ 交通事故以外の場合は、1、4、5、8のみを提出してください。
- ・ 事故等の状況に応じ、1～8の他に提出を求める場合があります。
- ・ チェック欄にをして提出してください。

	提出書類名	チェック欄	記載要領等	共済様式
1	損害賠償申告書	<input type="checkbox"/>	交通事故証明書を参考に記入してください。	○
2	事故発生状況報告書	<input type="checkbox"/>	<u>できるだけ詳しく記入してください。</u> 事故の状況や過失割合を判断するうえで、重要な書類です。	○
3	加害者の自動車損害賠償保険及び任意保険について	<input type="checkbox"/>	「相手側(加害者)」の保険加入状況を記入してください。	○
4	念書	<input type="checkbox"/>	共済組合から相手側(加害者)の損害保険会社等へ損害賠償請求をする際、医療費の内訳(診療報酬明細書の写し)を添付します。 個人情報の提供となるため、ご本人の同意等をお願いします。	○
5	誓約書	<input type="checkbox"/>	<u>相手側(加害者、保険会社等)に記入していただく書類です。</u> 事故等の状況によっては、署名を拒否される場合があります。 その場合は、記入できない理由を書いて提出してください。	○
6	交通事故証明書	<input type="checkbox"/>	人身事故扱いのもの1通 <u>自動車安全運転センターに発行申請をしてください。(自費)</u> (保険会社から写しを取り寄せていただいても結構です。)	—
7	人身事故証明書入手不能理由書	<input type="checkbox"/>	※次のいずれかの場合は添付してください。 ・交通事故証明書の右下に、“物件事故”と表示されている場合 ・交通事故証明書に、負傷者が記載されていない場合	○

### 治療終了後の提出書類

8	治癒報告書	<input type="checkbox"/>	治癒後すみやかに所属所を經由して提出してください。 「治癒」には、完全治癒のみではなく、症状が固定し、もはや治療効果が期待できなくなった場合も含まれます。	○
---	-------	--------------------------	--	---

共済組合 使用欄	入 力		リスト	請求	自賠責	/
	該当	. .			任意一括	
	不該当	. .			加害者	

## 損 害 賠 償 申 告 書

組合員証等	記 号		組 合 員	所 属
	番 号		氏 名	機 関 名
被 害 者 氏 名		生 年 月 日		性別
		<input type="checkbox"/> 昭和      年      月      日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
		連絡先電話番号		続柄
フ リ ガ ナ 加 害 者 氏 名		加 害 者 の 住 所		
		加害者の連絡先電話番号		
事故発生年月日		令和                  年                  月                  日		
事故発生状況				
被害の状況及びその見積額		加害者から受けた損害賠償		
<p>上記のとおり申告します。</p> <p style="text-align: center;">奈良県市町村職員共済組合理事長      殿</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 (組合員) 氏名</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>				

- (注) 1. 被害者が組合員被扶養者証に記載されている被扶養者であるときは、「組合員証記号番号」欄に組合員被扶養者証の記号番号を記入してください。
2. 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。
3. 事故発生状況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。
4. この申告書を提出するときは、必ず別紙の書類を添えてください。

# 事故発生状況報告書

事故発生の 場所及び日時	令和    年    月    日 <input type="checkbox"/> 午前    時    分 <input type="checkbox"/> 午後		
事故発生の原因及び状況			
被害者側の主観的立場から見た事故発生の責任の度合			
速度	自車            km/h    (制限速度            km/h)    相手者            km/h    (制限速度            km/h)		
道路状況	見通し( <input type="checkbox"/> 良い・ <input type="checkbox"/> 悪い)    信号または標識    信号( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 一時停止標識 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		
事故発生現場の見取図(道路幅・信号機・標識等を詳しく記入してください。)			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; border: 1px solid black; height: 300px;"></td> <td style="width: 20%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     自 車  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     相手車  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     進行方向  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     信 号  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     一時停止  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     人 間  </div> <div style="text-align: right;">                     自転車 オートバイ  </div> </td> </tr> </table>			<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     自 車  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     相手車  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     進行方向  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     信 号  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     一時停止  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     人 間  </div> <div style="text-align: right;">                     自転車 オートバイ  </div>
	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     自 車  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     相手車  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     進行方向  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     信 号  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     一時停止  </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">                     人 間  </div> <div style="text-align: right;">                     自転車 オートバイ  </div>		

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告いたします。

令和    年    月    日

報告者氏名



# 加害者の自動車損害賠償保険及び任意保険について

加害者又は相手側			
加害者	氏名	性別（男・女）	
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日 （当時 歳）
	住所	〒 _____ TEL _____	
	職業		保有者との関係 _____
保有者	氏名	性別（男・女）	
	住所	〒 _____ TEL _____	

加害者の自動車賠償責任保険				
自賠償保険	加入の有・無		<input type="checkbox"/> 加入している	<input type="checkbox"/> 加入していない
	契約者	氏名	<input type="checkbox"/> 加害者と同じ 性別（男・女）	
		住所	〒 _____ TEL _____	
	保険会社等名及び連絡先		〒 _____ TEL _____	
	保険契約期間		自 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午後4時	年間
			至 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午後4時	
	保険金の請求		<input type="checkbox"/> 加害者が請求した	<input type="checkbox"/> 被害者が請求した
自動車賠償責任保険証明書番号				

加害者の任意保険(対人)				
任意保険	加入の有・無		<input type="checkbox"/> 加入している	<input type="checkbox"/> 加入していない
	契約者	氏名	<input type="checkbox"/> 加害者と同じ 性別（男・女）	
		住所	〒 _____ TEL _____	
	保険会社等名及び連絡先		〒 _____ TEL _____	
	保険契約期間		自 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午後4時	年間
			至 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午後4時	
	取扱担当者名			
保険使用について		<input type="checkbox"/> 相手は承諾している	<input type="checkbox"/> 相手は承諾していない	
保険証券番号				

# 念 書

事故発生 年 月 日	令和 年 月 日	事故発生 場 所	
被 害 者 氏 名 (組合員・被扶養者)		加 害 者 氏 名	

- 1 上記の事故で被害者が被った保険事故について、地方公務員等共済組合法により当該事故を給付事由とする保健給付が行われた場合には、同法第50条の規定に基づき、共済組合が給付の価額を限度とした第三者に対する損害賠償請求権を取得することとなるため、これを行って共済組合が賠償金を受領することに異議ありません。
- 2 上記の事故に関して、以下の事項を遵守することを誓約します。
  - (1) 傷病が治癒したとき又は治療を中止したときは、その年月日を届け出ること。
  - (2) 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって共済組合にその旨届け出ること。
  - (3) 加害者に白紙の委任状を渡さないこと。
  - (4) 加害者との示談が終了したときは、その年月日及びその内容を遅滞なく共済組合に届け出ること。
  - (5) 組合が賠償金の受領に際し必要な書類を求めたときは、遅滞なく提出すること。
  - (6) 自動車損害賠償責任保険に被害者請求するときは、必ず前もって共済組合に申し出ること。  
また、すでに被害者請求をしているときも、必ず申し出ること。
- 3 上記の事故に関して、私の個人情報及びこの念書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
  - (1) 組合が賠償金の受領に際し必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込み額を含む)等)について保険会社を含む加害者等から提供を受けること。
  - (2) 組合が賠償金の受領に際し必要な事項(保険給付額の算出基礎となる資料等(診療報酬明細書・調剤報酬明細書等の写しを含む))を請求先に提出すること。
  - (3) この念書をもって(1)に掲げる事項に対する保険会社を含む加害者側への同意を含むこと。
  - (4) この念書を保険会社を含む加害者側へ提示すること。

令和 年 月 日

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

被害者 住所  
氏名

㊞

組合員 住所  
氏名

㊞

(被害者が組合員の場合は記入不要)

# 誓 約 書

令和 年 月 日

奈良県市町村職員共済組合理事長 様

加害者	住 所	
	氏 名	(印)
	TEL	
※1 保有者	住 所	
	氏名又は 会 社 名	(印)
	続 柄	
	TEL	
※2 保険会社	会 社 名	
	現時点の 担当者名	(印)
	TEL	

令和 年 月 日、(事故発生場所) \_\_\_\_\_ において発生した事故により、(被害者) \_\_\_\_\_ が被った傷病の治療費等(奈良県市町村職員共済組合(以下「共済組合」という。)が給付を行った価額の限度とする。)については、共済組合が地方公務員等共済組合法の規定に基づく損害賠償の請求権を取得することとなりましたので、下記事項を遵守することを書面でもってここに誓約いたします。

## 記

1. 地方公務員等共済組合法の規定に基づき給付される治療費等については、給付額確定後私が責任をもって全額負担(当事者間において合法的に過失割合が決定された場合は、その割合をもって負担する額)するものとし、共済組合より請求(自賠責保険及び自動車保険への直接請求を含む。)があれば、その請求書の到着日より30日以内(自賠責保険を除く。)に指定銀行口座へお支払いいたします。
2. 第1項に基づく支払期日について、特別な事情により支払を厳守できない場合は、必ず共済組合(〒634-0061奈良県橿原市大久保町302番1 Tel0744-29-8264)へ連絡し承諾を得ることといたします。
3. 上記事故の示談については、必ず共済組合へ成立前に成案の連絡等を行うものとし、成立後直ちに「示談書の写し」を送付いたします。
4. その他この件に関し、共済組合より疑義のある場合は誠意をもって協議いたします。

以上

## (注意)

1. この誓約書は、被害者が損害賠償申告書を奈良県市町村職員共済組合へ提出する際に必要とします。
2. 上記※1印の「保有者」欄については、加害者(運転者)以外の自賠法第2条第3項に定める保有者等に該当する場合はその者についても記入すること。
3. 上記※2印の「保険会社」欄については、加害者等の車輛が自動車保険(対人賠償保険)の契約をしている場合で、保険会社が窓口となって自賠責保険もまとめて支払う場合(任意一括)に記入すること。

# 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お教えてください。**

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p style="text-align: center; font-weight: bold;">理 由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため)</li> <li><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</li> <li><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。)</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">【理由】</div> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">【理由】</div>
---	---

**◆ 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。**

<b>◆ 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。</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 当事者</li> <li><input type="radio"/> 目撃者</li> <li><input type="radio"/> その他 ( )</li> </ul> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	住所 〒 _____	記入日	年	月	日
	氏名 _____	(印)			
	電話 ( _____ )				

(注) 当欄は、賠償を求める側、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 [ _____ ]		

[ 事案情報 被害者名: \_\_\_\_\_ 事故日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

○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		年	月	日	午前	時	分	頃	天候	
発生場所										
当事者	甲	住所		電話 ( )						
		氏名	生年月日	昭・平	年	月	日	( )	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	昭・平	年	月	日	( )	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	昭・平	年	月	日	( )	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						
	丁	住所		電話 ( )						
		氏名	生年月日	昭・平	年	月	日	( )	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						
	戊	住所		電話 ( )						
		氏名	生年月日	昭・平	年	月	日	( )	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						

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。



# 治 癒 報 告 書

令和 年 月 日

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

被 害 者 組合員証等  
 記 号 番 号 ー  
 氏 名 続柄  
 組合員氏名

下記の通り治癒しましたので報告します。

事 故 発 生 日	令和 年 月 日 時 分				
傷 病 名					
治 癒 年 月 日 (または症状固定日)	令和 年 月 日				
医療機関	①	名 称 所在地	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">最 終 通 院 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">令和 年 月 日</td> </tr> </table>	最 終 通 院 日	令和 年 月 日
	最 終 通 院 日				
	令和 年 月 日				
	②	名 称 所在地	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">最 終 通 院 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">令和 年 月 日</td> </tr> </table>	最 終 通 院 日	令和 年 月 日
	最 終 通 院 日				
	令和 年 月 日				
	③	名 称 所在地	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">最 終 通 院 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">令和 年 月 日</td> </tr> </table>	最 終 通 院 日	令和 年 月 日
	最 終 通 院 日				
	令和 年 月 日				
障 害 の 有 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

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

職名  
 所属所長  
 氏名

- 1 . 被害者等はこの書類を治癒後すみやかに所属所を經由して提出してください。
- 2 . 「治癒」には、完全治癒のみではなく、症状が固定し、もはや治療効果が期待できなくなった場合も含まれます。
- 3 . 医療機関の欄は本人が記入してください。(医療機関の証明は不要です。)