

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--








損害賠償申告書

組合員等 記号番号	—	所属機関名			
組合員氏名		被害者氏名		性別	
				続柄	
加害者の氏名 及び住所					
事故発生状況	別紙1のとおり				
被害の状況 及びその見積額	別紙5のとおり	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;">高知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申 請 者 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>					

- 1 被害者が遠隔地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」欄に遠隔地被扶養者証の記号番号を記入して下さい。
- 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下さい。
- 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記入して下さい。

(別紙1)

事故発生状況報告書

該項目に○印を記入して下さい	甲(加害者運転)氏名		乙(被害者)氏名		運転・同乗 { 甲車 甲車以外の車 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	歩道(両・片) { ある ない	直線・カーブ・平坦・坂道		
		見通し { 良い 悪い	環境 { 商店街・住宅街・田園(郊外) 国道・バイパス・山間地・その他()			
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 km/h(制限速度 km/h)	甲車以外の車 km/h(制限速度 km/h)				
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)					
上記図の説明を書	甲車					
	甲車以外の車					
	進行方向					
	信号					
一時停止						
人間						
自転車 オートバイ						

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車があり、判明している場合は記入して下さい。

自動車の番号		加害運転者	氏名
			(電話)
保有者	〒 住所	氏名	
		(電話)	

令和 年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名
乙との関係()

㊞

念 書

別紙届書のとおり、第三者の行為により（被害者）の
被

った保険事故について、地方公務員等共済組合法（以下「法」という。）による保険
給

付を受けた場合は、（被害者）が加害者に対して有する
損

害賠償請求権を、法第50条の規定により、高知縣市町村職員共済組合が行った給付の
価

格の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことを、ここ
に

書面をもって申し立てます。

令和 年 月 日

高知縣市町村職員共済組合理事長 様

所 属

組合員証記号番号

住 所

氏 名

⑩

誓 約 書

平成・令和 年 月 日 (場所)

において、私の不法行為により貴保険者の被保険者である (被害者名)

に対して被害を与えました。当該被害者が地方公務員共済法に基づく保険給付を受けた

場合、私が被害者に対して当然損害賠償すべき貴保険者の負担分については、その給付

の価格の限度において、貴保険者の請求に基づき支払うことを書面をもって申し立て

す。

なお、この誓約書に反した場合は、法的にいかなる処置がなされても異議を申し立て

ません。

令和 年 月 日

高知県市町村職員共済組合理事長 様

加 害 者 住 所

氏 名 ⑩

上記保証人 住 所

氏 名 ⑩

加 害 者 調 書

加 害 者	車種	
	登録番号	
	車台番号	
自 賠 責 保 険	契約先	
	証明書番号	
	保険契約者	(住所) 〒 (氏名)
	保有者	(住所) 〒 (氏名) (契約者との関係)
	運転者	(住所) 〒 (氏名) (契約者との関係)
	保険期間	自 年 月 日 ～ 至 年 月 日
任 意 保 険	契約先	
	保険金額	万円
	証明書番号	
	保険契約者	(住所) 〒 (氏名)
	保険期間	自 年 月 日 ～ 至 年 月 日
上記のとおりお届けいたします。		
令和 年 月 日		
組 合 員 住 所		
氏 名		
⑩		

診 断 書

傷病者	住所		
	氏名	男・女	大・昭・平
	年	月	日生
傷病名	治療開始日	治ゆ又は治ゆ見込日	
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
治療経過及び治療の見通し (受傷日 年 月 日)			
(注1)初診時の意識障害 なし・あり ()・継続期間 日 時間			
ギブス固定期間 固定・年 月 日 完全除去・年 月 日			
注2)初診時における主たる既往症および既存障害 なし・あり ()			
後遺障害の有無について なし・あり・未定			
入院治療期間 日間	年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日	を要す 要した		
通院治療期間 日間 (内実日数 日)	年 月 日		
自 年 月 日～至 年 月 日	を要す 要した		
付添看護を要した期間 日間	理由 ()		
自 年 月 日～至 年 月 日	① ①		

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

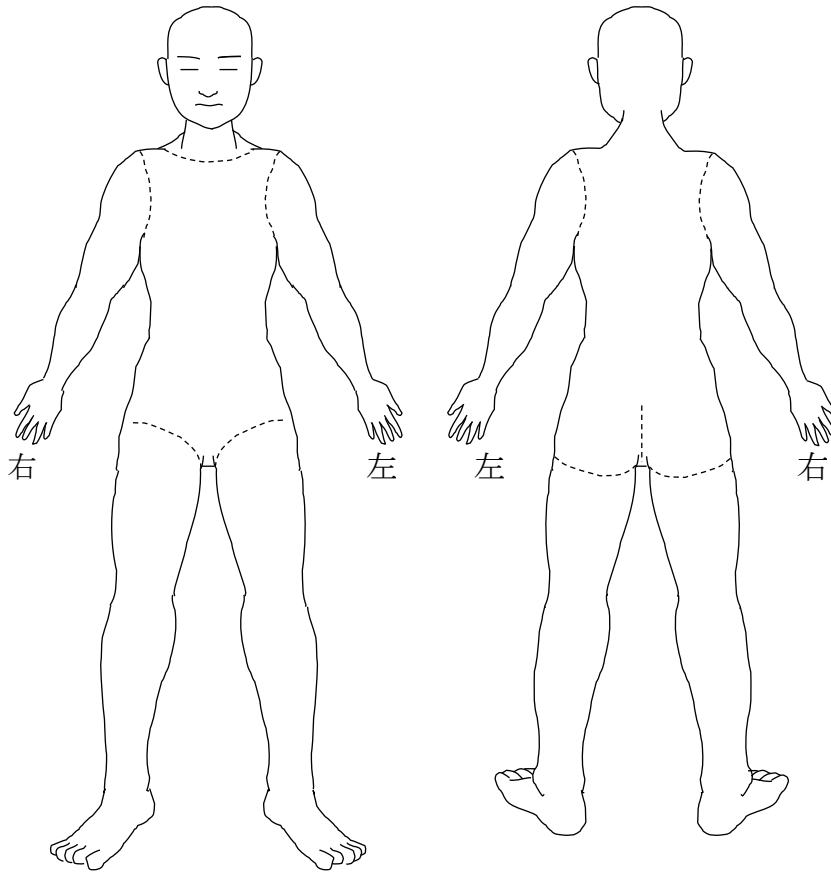
所在地

名称

医師氏名

TEL ()

診 断 書



(受傷部位を図示して下さい。)

(注1) 初診時に意識障害が「あり」との場合は、その「程度」を別紙5-1の()内に記載して下さい。

例 … (意識障害)

(注2) 当該交通事故による障害の治療上考慮しなければならない即往症がある場合は別紙5-1の()内に記載して下さい。また既存障害がある場合も記載して下さい。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要としますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。
なお、この用紙と同じ内容のものであれば貴院の用紙を使用しても差し支えありません。

示 談 成 立 報 告 書

事故発生日時	平成 令和	年	月	日	時	分頃
事故発生場所						
当 事 者 (甲)	住 所 氏 名					
当 事 者 (乙)	住 所 氏 名					
示 談 条 項						

上記事故に関しては双方協議の結果、上記のとおり示談が成立いたしましたので、ご報告します。

高知縣市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

組 合 員 住 所

氏 名



… 組合員が記載



… 加害者等が記載



… 上記以外が記載

局長		次長		課長	
----	--	----	--	----	--

損害賠償申告

第三者行為が発生し、組合員証を使用して医療機関を受診するときは申告書等の提出が必要です。

組合員等 記号番号	10 - 1005	所属機関名	●▽市		
組合員氏名	共済 太郎	被害者氏名	共済 市太	性別	男
				続柄	長男
加害者の氏名 及び住所	○○ ○○○ 高知市×松町1-3-2				
事故発生状況	別紙1のとおり				
被害の状況 及びその見積額	別紙5のとおり	加害者から受 けた損害賠償	示談が成立していないときは、記載しなくてもかまいません。		

上記のとおり申告します。

高知縣市町村職員共済組合理事長 様

記入した日

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名

申請者(組合員)の
住所・氏名を自署してください。
※押印は不要

上記の記載事項は事実と相違ないも








組合員の勤務先の共済事務ご
担当者にご依頼ください。

令和 年 月 日

所属所長 職名
氏名

- 1 被害者が遠隔地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」欄に遠隔地被扶養者証の記号番号を記入して下さい。
- 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下さい。
- 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記入して下さい。

事故発生状況報告書

該当項目に○印を記入して下さい	甲(加害者運転) 氏名	乙(被害者) 氏名			運転・同乗 { 甲車 甲車以外の車 } 歩行・その他()	
	天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗	
	道路状況	舗 装 { してある してない }	歩道(両・片) { ある ない } 直線・カーブ・平坦・坂道			
		見通し { 良い 悪い }	環 境 { 商店街・住宅街・田園(郊外) 国道・バイパス・山間地・その他() }			
信号又は標 識	信 号 { ある ない }	駐・停車禁 (されている)				
速 度	甲車	km/h(制限速度)	速度		km/h	
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)				甲 車  甲車以外の車  進 行 方 向  信 号  一 時 停 止  人 間  自 転 車 }  オ ー ト バ イ	
上記図の説明を書	保険会社に提出された書類に同様な書類がある場合は、そちらに原本証明したものを代用できる場合がありますので、共済組合にご連絡ください。					

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車があり、判明している場合は記入して下さい。

自動車の番号	加害運転者 氏名 (電話)
保有者	住所 氏名 (電話)

令和 年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名
乙との関係()

(別紙2)

[]

… 組合員が記載

記載例

念書

ケガをされた方
のお名前

別紙届書のとおり、第三者の行為により（被害者 [] ）の
被

った保険事故について、地方公務員等共済組合法（以下「法」という。）による保険
給

付を受けた場合は、（被害者 [] ）が加害者に対して有する
損

害賠償請求権を、法第50条の規定により、高知縣市町村職員共済組合が行った給付の
価

格の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことを、ここ
に

書面をもって申し立てます。

記入した日

令和 年 月 日

高知縣市町村職員共済組合理事長 様

所 属

組合員証記号番号

住 所

氏 名

組合員の所属・組合員証の記号
番号

・住所・氏名を自署してください。

押印してください。

(別紙3)



…加害者等に記載

記載例

誓約書



…上記以外に記載

平成・令和 年 月 日 (場所)

において、私の不法行為により貴保険者の被保険者である (被害者名)

に対して被害を与えました。当該被害者が地方公務員共済法に基づく保険給付を受けた

場合、私が被害者に対して当然損害賠償すべき貴保険者の負担分については、その給付

の価格の限度において、貴保険者の請求に基づき支払うことを書面をもって申し立て

す。

なお、この誓約書に反した場合は、法的にいかなる処置がなされても異議を申し立て

ません。

記入した日
※記入された方が記載してください。

令和 年 月 日

・保険会社が保証人となる場合は担当者の判をお願いします。
・加害者の住所・氏名は自筆でなくてもかまいませんが、判は必ず押印ください。

高知縣市町村職員共済組合理事長 様

加害者 住所

氏名

上記保証人 住所

氏名

加 害 者 調 書

加 害 者	車種			
	登録番号			
	車台番号			
	契約先			
	証明書番号			
	保険契約者	(住所) 〒 (氏名)		
	保有者	(住所) 〒 (氏名) (契約者との関係)		
自 賠 責 保 険	運転者	(住所) 〒 (氏名) (契約者との関係)		
	保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		
	任意 保 険	契約先		
任 意 保 険	保険金額		万円	
	証明書番号			
	保険契約者	(住所) 〒 (氏名)		
	保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		
上記のとおりお届けいたします。				
令和 年 月 日				
組 合 員 住 所				
氏 名				
<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">組合員の住所・氏名を記載してください。 ㊟</div>				

診 断 書

傷病者	住所		
	氏名	男・女	大・昭・平
	年	月	日生
傷病名	治療開始日	治ゆ又は治ゆ見込日	
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
	年 月 日	年 月 日	治ゆ 治ゆ見込
治療経過及び治療の見通し (受傷日 年 月 日)			
(注1)初診時の意識障害 なし・あり ()・継続期間 日 時間			
ギブス固定期間 固定・年 月 日 完全除去・年 月 日			
注2)初診時における主たる既往症および既存障害 なし・あり ()			
後遺障害の有無について なし・あり・未定			
入院治療期間 日間	自 年 月 日～至 年 月 日		年 月 日 継 続 転 医 中 止 死 亡
通院治療期間 日間 (内実日数 日)	自 年 月 日～至 年 月 日		
付添看護を要した期間 日間	自 年 月 日～至 年 月 日		
			(理由 (印) (印))

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

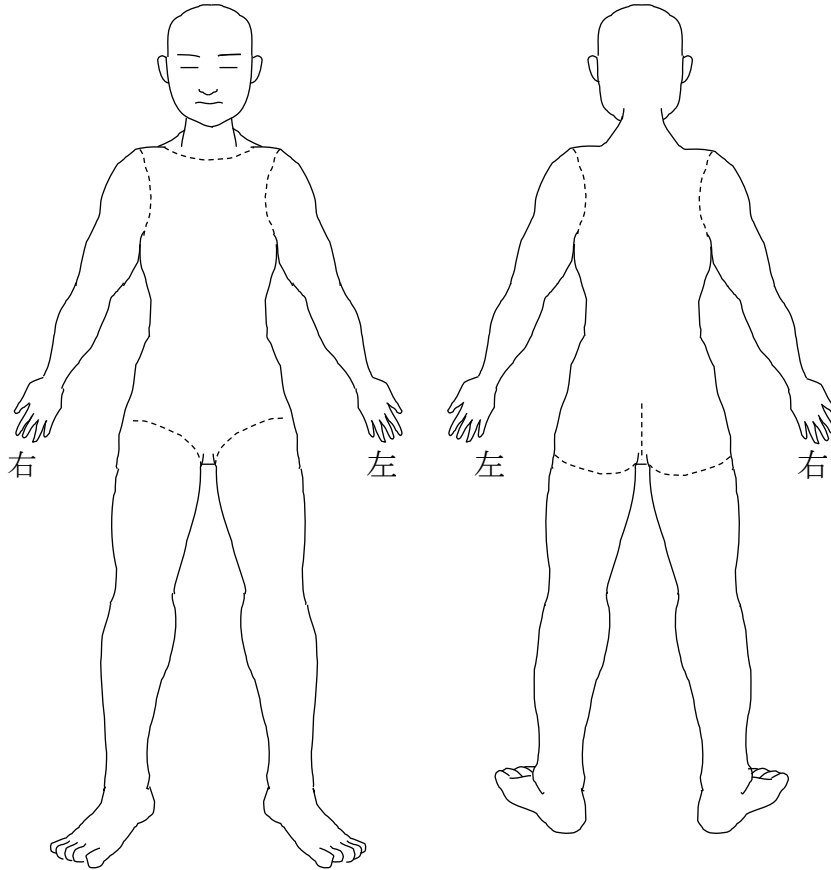
所在地

名称

医師氏名

TEL ()

診 断 書



(受傷部位を図示して下さい。)

(注1) 初診時に意識障害が「あり」との場合は、その「程度」を別紙5-1の()内に記載して下さい。

例 … (意識障害)

(注2) 当該交通事故による障害の治療上考慮しなければならない即往症がある場合は別紙5-1の()内に記載して下さい。また既存障害がある場合も記載して下さい。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要としますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。
なお、この用紙と同じ内容のものであれば貴院の用紙を使用しても差し支えありません。

示 談 成 立 報 告 書

事故発生日時	平成 令和	年	月	日	時	分頃
事故発生場所						
当事者 (甲)	住所 氏名	第三者行為発生後、すぐに提出できないときは、その旨、お知らせください。				
当事者 (乙)	住所 氏名					
示 談 条 項	※示談が成立したときはこちらの報告書を提出してください。					

上記事故に関しては双方協議の結果、上記のとおり示談が成立いたしましたので、ご報告します。

高知縣市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

組 合 員 住 所

氏 名