

事 故 速 報

組合員等 記号・番号	—	所属機関名					
組合員氏名		当事者本人 氏 名	昭・平・令 年 月 日生	続柄			
事故発生日時	令和 年 月 日 (曜)	午前・午後	時	分	頃		
事故の区分	自動車 バイク 自転車 徒歩 その他 ()						
事故発生場所							
<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">相手の車 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">相手以外 の 車 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">信 号 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">人 間 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">バイク </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">自転車 </div> </div>							
事故の概要			過失割合 (およその%)				
			当 : 相手				
			事故発生時の区分				
			・勤務中				
			・通勤時 (行 帰)				
			・私用時				
警察への届出	有 ・ 無	車両名・車両番号					
当事者本人の負傷状況			治療費負担区分				
			通院			・ 共済保険使用	
			入院			・ 自費	
			・ 相手者 ・ 自賠償				
相手 の 状 況	氏名・生年月日	年 月 日生					
	住 所 ・ 職 業	・					
	勤 務 先 ・ T E L	TEL					
	自賠償保険会社名	TEL					
	任意保険会社名	TEL					
	車 両 名 ・ 車 両 番 号						

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

長野県市町村職員共済組合 医療福祉課 様

事務担当者

