

第三者の行為による傷病届 (共済組合)

長野県市町村職員共済組合理事長 殿

I 及びIIのとおり届け出ます。

令和 年 月 日

第三者の行為による傷病届 I

組合員等 記号・番号	—	所属機関名			
組合員氏名 (組合員死亡の 場合は届出者)	(印)	当事者本人 氏 名	昭・平・令 年 月 日生	性別 続柄	男・女
相	氏 名	現住所	〒 — TEL — —		
	職 業 (勤務先)	所在地	〒 — TEL — —		
手 者	自賠償保険証明書番号		保 険 期 間		
			令 年 月 日から 令 年 月 日まで		
	契約保険会社 又は 共済連	名 称	(支店) 支所		
		所在地	〒 — TEL — —		
	契 約 者	氏 名			相手者との関係
		住 所	〒 — TEL — —		本人・親族・従業員 その他()
任意保険加入	保険会社又は共済連の名称		証 券 番 号	契 約 者 氏 名	
加入・未加入	TEL — —				
傷 病 名			事故発生状況	事故発生状況報告書に同じ	
事 故 発 生 日	令和 年 月 日 (曜)		午前・午後 時 分頃		
事故発生場所					
公私等の区分	・私用時(勤務中又は通勤の行き帰りでない) ・勤務中 ・通勤(・行・帰)				
事故の種別	・交通事故(・人身扱い・物損扱い) ・殴打 ・刺傷 ・その他()				
事故結果	・治療中 ・令和 年 月 日死亡(・即死・入院直後・入院中)				
警察官の立会	・有 ・無 ・わからない		無、わからない場合 警察への届け出	・届出済 ・未届出	
所 轄 署	警察署			派出所	

〈添付書類〉

1. 交通事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 診断書
4. 死亡のばあい、除籍謄本及び死亡診断書 5. 示談成立の場合、示談書の写

治療の状況				
医療機関の名称	治療を受けた期間	治療費の負担区分	入院・外来の区分	今後の治療見込
TEL — —	自 年 月 日 至 年 月 日	・共済保険使用 ・自費・相手者・自賠		約 日ぐ 月らい
TEL — —	自 年 月 日 至 年 月 日			約 日ぐ 月らい
TEL — —	自 年 月 日 至 年 月 日			約 日ぐ 月らい
TEL — —	自 年 月 日 至 年 月 日			約 日ぐ 月らい
TEL — —	自 年 月 日 至 年 月 日			約 日ぐ 月らい
転帰	令和 年 月 日現在 ・入院中 ・通院加療中 ・治療中止 ・症状固定 ・治癒			
相手方との示談状況				
・成立している	令和 年 月 日成立 (示談書の写しを添付のこと)			
・交渉中	(示談の進み具合、内容を記入のこと。)			
・成立しない	(成立しない理由を記入のこと。)			
損害賠償の請求及び受領状況				
保険会社等からの賠償金の受領	・した (請求者名) ・していない ・請求中			
賠償金受領内容			請求中請求内容	
賠償金支払者	最終受領日		請求先	
	令和 年 月 日			
受領金額総額 (令和 年 月 日請求分まで)			請求額	円
内 訳	治療費		円	円
	休業補償費	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間1日につき 円	円	円
	葬儀費		円	円
	その他	()	円	円