

損害賠償申告書

組合員	記号番号	仙市		組合員氏名			所 属			
	住所・電話	〒			日中連絡先TEL		生年月日	S H R	年 月 日	
被害者	組合員の場合は チェックのみ <input type="checkbox"/>	氏名			組合員との続柄		生年月日	S H R	年 月 日	
		住所	〒					電話番号		
(加害者側) <small>※未成年の場合は合わせて親権者氏名を記入</small>	氏名	(親権者氏名)								
	住所	〒			TEL		電話番号			
	責任保険 (自賠償)	保険会社名					電話番号			
		自賠償証明書番号					保険契約者名			
	任意保険	保険期間	令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日					
		保険会社名					電話番号			
保険契約者名						契約番号	号			
	保険期間	令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日						
事故内容	発生日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃								
	発生場所									
	種 別	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> その他 (
	結 果	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 死亡 (<input type="checkbox"/> 即死 <input type="checkbox"/> 入院直後 <input type="checkbox"/> 入院中) 死亡日 年								
	警察の立会	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ないが届出済 (所轄警察署)								
	事故状況									
	被害の状況									
	公務災害等対象の確認	本件が、公務災害等の給付対象となる業務上又は通勤中の事故の場合は右欄にチェックしてください。							<input type="checkbox"/>	
治療状況	傷病名									
	医療機関	①医療機関名	入院 有・無	治療開始日	令和 年 月 日	治療終了日(見込)	令和 年 月 日			
		住所〒					TEL			
	※治療終了日(見込)については可能な範囲で記入	②医療機関名	入院 有・無	治療開始日	令和 年 月 日	治療終了日(見込)	令和 年 月 日			
		〒					TEL			
		③医療機関名	入院 有・無	治療開始日	令和 年 月 日	治療終了日(見込)	令和 年 月 日			
	〒					TEL				
損害賠償の受領及び示談状況	受けている ・ 受けていない	※受けている場合は、以下の欄について詳しく記入してください。								
	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(令和 年 月 日) ・ 未成立(令和 年 月 日現在)								
上記のとおり申告します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 届出者 氏名 <small>(自署又は記名押印)</small>								共済組合受付印 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>		

(注) 1. 示談する時又は症状固定になった時は、必ず連絡してください。
 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。