






















# 事 故 報 告 書

〈提出期限〉  
事故発生の日から3日以内

組合員氏名		所属所名		組合員証記号番号															
被災者氏名		被災者生年月日	昭平令 年 月 日	組合員との続柄															
区分	1 公務上 2 通勤途上 3 公務外	車 区 分	1 公用車 2 私用車 3 その他																
事故発生日時	令和 年 月 日 ( 曜日) 午 前後 時 分頃 (天候 )																		
事故発生場所																			
事故の区分	1 自動車 2 バイク 3 交通機関(①鉄道 ②バス ③飛行機 ④船舶 ⑤その他) 4 自転車 5 徒歩 6 自損行為 7 暴力行為(殴打刺傷) 8 その他( )																		
(事故の概要).....目的行先なども併せて詳しく記入してください。																			
(事故発生状況略図).....事故現場に於ける相手とあなたとの状況を図示してください。																			
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>自 車</td><td></td></tr> <tr><td>相 手 車</td><td></td></tr> <tr><td>進行方向</td><td></td></tr> <tr><td>信 号</td><td></td></tr> <tr><td>一時停止</td><td></td></tr> <tr><td>人 間</td><td></td></tr> <tr><td>自 転 車 } オ ー ト バ イ }</td><td></td></tr> </table>						自 車		相 手 車		進行方向		信 号		一時停止		人 間		自 転 車 } オ ー ト バ イ }	
自 車																			
相 手 車																			
進行方向																			
信 号																			
一時停止																			
人 間																			
自 転 車 } オ ー ト バ イ }																			
損害の程度	組合員側	人的損害																	
	組合員側	物的損害																	
	相手側	人的損害																	
	相手側	物的損害																	

組 合	車 両 名					車 両 番 号						
	(運転者)		氏 名	年 齢	地位又 は続柄	(同乗者)		氏 名	年 齢	地位又 は続柄		
			(同乗者)		(同乗者)			(同乗者)		(同乗者)		
	員 側	保 險 会 社	自 賠 責 保 險 会 社 名	名 称 及 び 支 店 名	TEL 担 当 者			-	-			
任 意 保 險 会 社 名			名 称 及 び 支 店 名	TEL 担 当 者			-	-				
		保 險 契 約 者	組 合 員 と の 続 柄									
		保 險 契 約 者	組 合 員 と の 続 柄									
相 手 側	直 接 の 相 手 側		住 所									
			氏 名・生 年 月 日		昭 和 平 成 令 和		年	月	日	生		
			勤 務 先・所 在 地									
	使 用 者 又 は 監 督 義 務 者		住 所									
			氏 名・地 位 又 は 続 柄									
	車 両 の 保 有 者 等		住 所・氏 名									
車 両 名			車 両 番 号									
保 險 会 社	自 賠 責 保 險 会 社 名	名 称 及 び 支 店 名	TEL 担 当 者			-	-					
		保 險 契 約 者	組 合 員 と の 続 柄									
	任 意 保 險 会 社 名	名 称 及 び 支 店 名	TEL 担 当 者			-	-					
		保 險 契 約 者	組 合 員 と の 続 柄									
事 故 発 生 後 の 措 置	組 合 員 側	傷 病 名			結 果	1 即 死    2 入 院 中    3 通 院 中 4 入 院 直 後 に 死 亡 ( 死 亡    年    月    日 ) 入 院 中 に 死 亡						
	相 手 側	傷 病 名			結 果	1 即 死    2 入 院 中    3 通 院 中 4 入 院 直 後 に 死 亡 ( 死 亡    年    月    日 ) 入 院 中 に 死 亡						
	警 察 官 の 立 会		1 あ っ た    2 な い    3 な い が 届 出 済    4 わ か ら な い									
所 轄 署		県		警 察 署		派 出 所 駐 在 所						
示 談 の 成 否		1 成 立 し た ( 別 添 の 示 談 書 の 写 し の と お り )		2 成 立 し て い な い								
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>(任命権者) 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>報 告 者 氏 名 ㊟</p> <p>組 合 員 と の 関 係</p>												

この報告書に書き込めないときは、別の紙に書いてください。

※共済組合に連絡及びこの報告書を提出せずに組合員証を使用したり、または示談(損害賠償の免除、放棄等)した場合、組合員に共済組合が医療機関に支払った医療費等の返還を求められますのでご注意ください。