

事 故 報 告 書

組合員証 記号番号		公立千		所属所名		
組合員氏名				療養者氏名		
事故発生場所				事故発生年月日		平成 年 月 日 時 分
事故発生 被害の状況						
組合員証の使用		1. 使用した		2. 使用しない (加害者負担)		
療養経過 現在の療養経過と今後の療養見込期間を記入のこと		傷病名		療養見込期間		
		療養経過				
医療機関	最初に治療を受けた医療機関	名 称		初診年月日		平成 年 月 日
		所在地		入院 の別		入院 (平成 年 月 日) 外来
	その後 転医した医療機関	名 称		初診年月日		平成 年 月 日
		所在地		入院 の別		入院 (平成 年 月 日) 外来
加 害 者		住 所		1. 当傷病は公務外である 2. 当傷病は公務上である イ 未申請 ロ 申請中 ○で囲む ハ 認定済		
		氏 名				
加害者より賠償を受けた内容の内訳						
<p>以上のおり報告します。 公立学校共済組合千葉支部長 様 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">組合員氏名 ㊥</div> 上記の記載事項は事実と相違ないことを認めます。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名 ㊦</div> </p>						

報告書提出のとき現場見取図を添付すること。

