

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 の 状 況 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 (平成 年 月 日) 外 来 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 (平成 年 月 日) 外 来 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 組合員氏名 印</p> <p>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 職 名 所属所長 氏 名 印</p>			

報告書提出のとき現場見取図を添付すること。

