

事 故 報 告 書

組合員番号			所属所名			
組合員氏名			療養者氏名 (被害者)		続柄	
事故発生場所			事故発生日時	年 月 日 (時 分頃)		
事故の 発生状況						
警察への 届出	☐ 届出した → ☐ 人身事故 / ☐ 物損事故 ☐ 届出していない (理由 :)			※療養者が組合員本人の場合は、記入してください。 ☐ 当傷病は公務外である ☐ 当傷病は公務上である → ☐ 申請予定なし / ☐ 申請予定 / ☐ 認定済		
療養 の 状況	傷病名					
	受診した医療機関名	療養期間		入院 外来	マイナンバーカードの健康保険証等の使用	
	①	年 月 日～ 年 月			☐ 使用(保険診療) / ☐ 不使用(自費診療)	
	②	年 月 日～ 年 月			☐ 使用(保険診療) / ☐ 不使用(自費診療)	
	③	年 月 日～ 年 月			☐ 使用(保険診療) / ☐ 不使用(自費診療)	
	※療養中の場合は、療養見込期間を記入してください。 (例：約〇ヶ月間療養予定、〇年〇月頃まで療養予定など) ☐ 治癒 / ☐ 症状固定 / ☐ 療養中(療養見込期間：)					
第三者 (加害者)	氏名			※該当がある場合は、記入してください。 ☐ 自損事故(第三者がいらない事故である) ☐ 第三者不明(理由：)		
	住所					
損害の賠償	※第三者より賠償を受けた場合は、記入してください。 (例：金額、項目、受領日、誰から受領したのかなど)					
以上のとおり報告します。 公立学校共済組合愛媛支部長 様 年 月 日 組合員氏名						
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認し、提出します。 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名						

年号については、和暦で記入してください。