

所属所受付印

損害賠償申告書

受付印は省略不可

組合員情報等	組合員氏名	所属所名	被害者氏名	続柄 (いずれかに○をし, 被扶養者の場合は続柄を記入)	
	組合員証番号	所属所コード			組合員本人
					被扶養者 (続柄)

※過失割合に関わらず, 被害者は組合員 (被扶養者) となります。

被害内容及び損害賠償関係	被害に遭った年月日	令和 年 月 日	被害に遭った場所		
	加害者氏名		加害者住所		
	被害の状況	「第三者加害発生状況報告書」のとおり			
	保険証等を使用する理由				
	被害の見積額 (治療中等で金額が確定していない場合は, 「不明」と記入してください。)	医療費	保険証を使用して窓口で支払った額 (総医療費の3割部分等)		円
		修繕費	修繕した物【 】		円
		その他	内容を具体的に【 】		円
	加害者から賠償を受けた額	医療費	保険証を使用して窓口で支払った額 (総医療費の3割部分等)		円
			その他の医療費【 】		円
		修繕費	修繕した物【 】		円
その他	内容を具体的に【 】		円		

念書

上記の第三者行為について, 地方公務員等共済組合法による保健給付等を受けた場合は, 私が加害者に対して有する損害賠償請求権を, 同法第 50 条の規定によって当支部が給付の価額の限度において取得行使し, かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお, 併せて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行う場合は, 内容を事前に当支部まで申し出ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者及び保険会社から金品を受けたときは, 受領年月日, 内容, 金額をすみやかに当支部に報告すること。

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合広島支部長 様

令和 年 月 日

組合員氏名 (自署)

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属所名

所属所長 職・氏名