

所属所受付印

第 三 者 加 害 報 告 書

受付印は省略不可

|                            |                          |                       |                                    |                              |            |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|------------------------------|------------|
| 組<br>合<br>員<br>情<br>報<br>等 | 組 合 員 氏 名<br>組 合 員 証 番 号 | 所 属 所 名<br>所 属 所 コー ド | 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) |            |
|                            |                          |                       | ※過失割合に関わらず、被害者は組合員<br>(被扶養者)となります。 |                              | 組合員本人      |
|                            |                          |                       |                                    |                              | 被扶養者 (続柄 ) |

|                  |           |                          |          |  |
|------------------|-----------|--------------------------|----------|--|
| 被<br>害<br>内<br>容 | 被害に遭った年月日 | 令 和      年      月      日 | 被害に遭った場所 |  |
|                  | 被 害 の 状 況 |                          |          |  |

|                                      |                                     |                 |             |                                            |                                 |  |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------|--------------------------------------------|---------------------------------|--|
| 傷<br>病<br>及<br>び<br>医<br>療<br>機<br>関 | 傷      病      名                     |                 |             |                                            |                                 |  |
|                                      | 療 養 の 経 過<br>(いずれかに○をし、<br>必要事項を記入) | 治療中             | 療 養 見 込 期 間 | 入院      か月      /      通院      か月      を予定 |                                 |  |
|                                      |                                     | 治癒              | 治 癒 年 月 日   | 令和      年      月      日                    |                                 |  |
|                                      | 最 初 に 治 療 を<br>受 け た 医 療 機 関        | 名      称        |             | 初 診 年 月 日                                  | 令和      年      月      日 (入院・外来) |  |
|                                      |                                     | 所      在      地 |             |                                            |                                 |  |
|                                      | そ の 後 転 医 し た<br>医 療 機 関            | 名      称        |             | 初 診 年 月 日                                  | 令和      年      月      日 (入院・外来) |  |
|                                      |                                     | 所      在      地 |             |                                            |                                 |  |

第三者加害の内容（該当の項目に○をしてください。）

|                            |       |                                                   |                       |                                          |                 |
|----------------------------|-------|---------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-----------------|
| 公<br>務<br>災<br>害           |       | 今回の傷病は公務上のものである ⇒ 公務災害（申請しない・申請中（予定）・認定済）         |                       |                                          |                 |
|                            |       | 今回の傷病は公務外のものである                                   |                       |                                          |                 |
| 保<br>険<br>証<br>等           |       | 保険証等を使用しないで受診した（加害者負担）                            |                       |                                          |                 |
|                            |       | 保険証等を使用して受診した・受診する予定 「加害者の情報」を記入の上、必要書類を提出してください。 |                       |                                          |                 |
| 加<br>害<br>者<br>の<br>情<br>報 |       | 加害者なし（自損事故等）                                      |                       |                                          | 必要書類<br>裏面 1 参照 |
|                            |       | 加害者あり（ひき逃げ等、加害者が不明な場合を含む）                         |                       |                                          | 裏面 2 参照         |
|                            | 加害者氏名 |                                                   | 加<br>害<br>の<br>態<br>様 | 交通事故・当方の過失 100%                          | 裏面 3 参照         |
|                            | 加害者住所 |                                                   |                       | 交通事故・相手方に過失あり<br>(相手不明の場合を含む。過失の割合は問わない) | 裏面 4 参照         |

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| 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 |
| この申告は、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            |       |

## 【必要書類】

### 1 加害者がいない場合

当支部が第三者加害の状況を把握するため、次の書類を提出してください。

|  |              |                      |
|--|--------------|----------------------|
|  | 第三者加害報告書     | 当様式（様式集 § 9-029～030） |
|  | 第三者加害発生状況報告書 | 様式集 § 9-031～032      |

### 2 相手のいる交通事故で、当方の過失が 100% の場合

当支部が交通事故の状況を把握するため、次の書類を提出してください。

|  |              |                      |
|--|--------------|----------------------|
|  | 第三者加害報告書     | 当様式（様式集 § 9-029～030） |
|  | 損害賠償申告書      | 様式集 § 9-027～028      |
|  | 第三者加害発生状況報告書 | 様式集 § 9-031～032      |

### 3 相手のいる交通事故で、相手に過失がある場合（相手不明の場合を含む。過失の割合は問わない）

当支部が負担した医療費の請求先は、相手方が加入している自賠責保険もしくは任意保険となります。損害保険会社等への請求に必要な次の書類を提出してください。

ひき逃げ等、加害者が不明な場合は、★印の書類のみ提出してください。

|  |                |                                                         |
|--|----------------|---------------------------------------------------------|
|  | 第三者加害報告書 ★     | 当様式（様式集 § 9-029～030）                                    |
|  | 損害賠償申告書 ★      | 様式集 § 9-027～028                                         |
|  | 第三者加害発生状況報告書 ★ | 様式集 § 9-031～032                                         |
|  | 加害者関係事項        | 様式集 § 9-033～034 ※「1 交通事故の場合」を記入                         |
|  | 確約書            | 様式集 § 9-035～036                                         |
|  | 同意書            | 様式集 § 9-037                                             |
|  | 治癒届            | 様式集 § 9-038 ※治癒後に提出                                     |
|  | 交通事故証明書        | 自動車安全運転センター発行 写しでも可                                     |
|  | 人身事故証明書入手不能理由書 | 交通事故証明書の「照合記録簿の種別」が「物件事故」の場合に提出。様式が必要な場合は当支部まで連絡してください。 |
|  | 示談書の写し         | 示談を結んだときは必ず提出                                           |
|  | その他            | 損害保険会社等から求められた書類等                                       |

### 4 暴行等による場合

当支部が負担した医療費の請求先は、相手方が個人賠償責任保険等に加入している場合は保険会社、未加入の場合は相手方本人となります。請求に必要な次の書類を提出してください。

|  |              |                                  |
|--|--------------|----------------------------------|
|  | 第三者加害報告書     | 当様式（様式集 § 9-029～030）             |
|  | 損害賠償申告書      | 様式集 § 9-027～028                  |
|  | 第三者加害発生状況報告書 | 様式集 § 9-031～032                  |
|  | 加害者関係事項      | 様式集 § 9-033～034 ※「2 暴行等による場合」を記入 |
|  | 確約書          | 様式集 § 9-035～036                  |
|  | 同意書          | 様式集 § 9-037 ※加害者が保険に加入している場合のみ提出 |
|  | 治癒届          | 様式集 § 9-038 ※治癒後に提出              |
|  | 示談書の写し       | 示談を結んだときは必ず提出                    |
|  | その他          |                                  |