

事故報告書

組合員証番号			所 属 所 名	電話 () ー	
組 合 員 氏 名			療養者名 (続柄)	()	
事 故 発 生 場 所			事故発生年月日	年 月 日	時 分
事故発生の状況 と被害の状況					
組合員証の使用	1 使用した 2 使用しない (加害者・保険会社負担)				
医療機関への窓口負担	1 組合員支払 2 加害者・保険会社支払				
療 養 経 過	傷病名		療養見込期間		
(現在の療養経過と 今後の見込を記入)	療養経過				
医 療 機 関 に つ い て	最初に治療 を受けた医療機関	名 称		初 診 年 月 日 入院・外来	年 月 日
		所在地		入 院 外 来 の 別	入院 外来 年 月 日
	その後転医 した医療機関	名 称		初 診 年 月 日	年 月 日
		所在地		入 院 外 来 の 別	入院 外来 年 月 日
加 害 者 名	住 所	電話 () ー		1 当傷病名は公務外である 2 当傷病名は公務上である イ 未申請 ロ 申請中 ○で囲む ハ 認定済 ※公務上とは通勤途上も含むものであること	
	氏 名	男 (歳) 女			
加害者より賠償を 現在時点で受けた 内容内訳					
以上のとおり報告します。 公立学校共済組合宮城支部長 殿 年 月 日 自宅電話 () ー 住 所 組合員氏名					

※事故発生状況報告書と一緒に提出すること。