

損 害 賠 償 申 告 書

組 合 員 証 番 号		所 属 所 名		電話 () -		
組 合 員 氏 名		療養者名 (続柄)		()		
事 故 発 生 場 所		療養者名 (続柄)		()		
		療養者名 (続柄)		()		
事故発生年月日		年 月 日 時 分		事故発生の状況 事故報告書のとおり		
加害者から受けた賠償額		医療費		円		
		その他		円		
加害者 運 転 者	氏 名		職業		男 女 (歳)	
	住 所		〒		電話 () -	
	仕事 中の 事故 の場合	会社名		担当者名		
		住 所		〒		電話 () -
加害者 車 両	保有者との関係		本人 ・ 従業員 ・ 親族 () ・ その他 ()			
	車 種		使用本拠地		保険申込書に同じ	
	登 録 番 号		(プレートナンバー)		(都道府県)	
自賠責 保 険	会 社 名		電話 () -			
	住 所		〒			担当者名
	証明書番号		保険期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
	契約者氏名		住 所		〒	
任意 保 険	会 社 名		電話 () -			
	住 所		〒			担当者名
	証明書番号		保険期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
	契約者氏名		住 所		〒	
以上のとおり申告します。 公立学校共済組合宮城支部長 殿 年 月 日 自宅電話 () - 住所 組合員氏名						

※示談成立している場合は、示談書のコピーを添付してください。