

損害賠償額（医療費等）についての調査表

区 分		調 査 項 目（該当欄に○をつけてください）
調 査 事 項	1 加害者との示談の状況	イ 加害者との示談は成立した ロ " 成立しない ハ " 交渉中 ニ その他（詳細に記入のこと）
	2 医療費について	イ 加害者より医療費を受領した（ 円） ロ 医療費はまだ受領していない ハ 医療費を請求中である ニ その他（詳細に記入のこと）
	3 自動車損害賠償責任保険の請求について イとハについては被害者請求、加害者請求いずれか該当するものを○で囲んでください	イ 保険会社へ 被害者 請求により上記2のイの医療費を受領した 加害者 ロ 保険会社へ 被害者 とともに請求していない 加害者 ハ 保険会社へ 被害者 請求中である 加害者 ニ その他（詳細に記入のこと）
報 告 事 項		イ 示談が成立した場合には示談書の写しを一通送付してください。 ロ 上記3のロ該当する場合、共済組合が給付した医療費について、地方公務員等共済組合法第50条の規定に基づいて、共済組合が損害賠償の請求権を取得することになり、該当する保険会社に請求するために、交通事故証明書（原本一通）、事故発生状況報告書（一通）を必要としますので送付してください。（既に提出済の場合は不要）
留 意 事 項		イ 加害者と示談、調停を行う場合には、前もって共済組合に連絡してください。 * 内容等について、共済組合が指導する場合がありますのでご了承ください。 * 示談等を事前に共済組合に連絡をしないで締結してしまった場合には、その内容により <u>（損害賠償の放棄等をしたときなど）</u> 本人に損害賠償を求償する場合がありますのでご了承ください。 ロ 加害者に白紙委任状を渡さないでください ハ 加害者より医療費等を受領したときは、受領年月日、金額明細をもれなく、かつ遅滞なく届出してください
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 組合員氏名		

（注）治療が終了したときに報告してください。