

# 事 故 報 告 書

組 合 員 証 号 記 号 番 号	公立長崎第 号	所 属 所 名			
組 合 員 氏 名		療 養 者 氏 名 ( 被 害 者 )		続 柄	
事 故 発 生 日 時	平 成 年 月 日 令 和 時 分	事 故 発 生 場 所			
組 合 員 証 使 用 の 有 無	1 使用した 2 使用しない	公 務 上 ・ 外 の 別 々 組 合 員 の と き み	公 務 上 ・ 公 務 外		
療 養 経 過	傷 病 名				
	病 状	療 養 見 込 期 間			
医 療 機 関	当 初 の 医 療 機 関 名	所 在 地 ・ 名 称 ( T E L )	年 月 日 ~ 年 月 日 入 院 ・ 通 院		
	転 医 後 の 医 療 機 関 名	所 在 地 ・ 名 称 ( T E L )	年 月 日 ~ 年 月 日 入 院 ・ 通 院		
相 手 方 に 関 する 事 項	加 害 者	住 所 ( T E L )	勤 務 先 又 は 職 業		
		氏 名	年 月 日 生	車 の 保 有 者 と の 関 係	
		住 所	保 險 契 約 者 と の 関 係		
		車 の 保 有 者 氏 名			
自 動 車 保 險 ( 共 済 )	自 賠 責	契 約 者 の 住 所 氏 名	契 約 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日
		保 險 会 社 名	車 台 番 号		
		保 險 証 番 号	使 用 の 本 拠 地 県 別		
	任 意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	契 約 者 の 住 所 氏 名	契 約 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日
		保 險 会 社 名	車 台 番 号		
		保 險 証 番 号	使 用 の 本 拠 地 県 別		
加 害 者 と の 交 渉 経 過					

(事故報告書の裏面)

事故発生状況略図

自 車   
相 手 車   
進 行 方 向   
信 号   
一 時 停 止   
人   
オ ー ト バ イ   
自 転 車 

事故発生状況略図の説明

上記のとおり報告します。

公立学校共済組合長崎支部長 様

令和 年 月 日

組合員 住 所  
氏 名

所 属 所  
受 付 年 月 日