第三者の行為による傷病届（損害賠償申告書）

項目			内容		
届出者（組合員名等）	組合員番号/支部名		組合員 記号・番号	所属先名 公立学校共済組合（ 佐賀支部 ）	
	届者情報 組合員情報	氏名/生年月日	ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日
		住所/電話			TEL ( )
被害者（受診者）	氏名/生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック □	ふりがな 氏 名	届出者との関係	生年月日 年 月 日
	住所/電話		〒		TEL ( )
加害者（第三者）	氏 名		ふりがな 氏 名		
	住所/電話		〒		TEL ( )
事故発生状況	事故発生日		年 月 日 午前/午後 時 分頃		
	事故発生場所				
	公務（通勤）災害の確認		本件は、公務や労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。（※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック） □		
自賠責保険（加害者）	保険会社名/保険契約者名		保険会社名		ふりがな 氏 名
	登録番号/車台番号		登録番号		車台番号
	保険期間/自賠責証明番号		保険期間 年 月 日 ～ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 号
任意保険（加害者）	保険会社名/担当部署		保険会社名		担当部署
	取扱店所在地/電話		〒		TEL ( )
	担当者名/E-mail		ふりがな 氏 名		E-mail
	保険契約者名		ふりがな 氏 名		
	住所		〒		
	保険期間/契約番号		保険期間 年 月 日 ～ 年 月 日		契約番号 第 号
	任意対人一括の有無		有 / 無		
被害者加入の保険会社の関与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有□ 無□		保険会社名		担当部署
			担当者氏名		TEL ( )
治療状況	診療機関名/入院/治療期間		①診療機関名	入院 有/無	治療開始 年 月 日 ※治療終了（見込み） 年 月 日
	住所/電話番号		〒		TEL ( )
	※ 治療終了日（見込み）については可能な範囲でご記入ください。		②診療機関名	入院 有/無	治療開始 年 月 日 ※治療終了（見込み） 年 月 日
			〒		TEL ( )
			③診療機関名	入院 有/無	治療開始 年 月 日 ※治療終了（見込み） 年 月 日
			〒		TEL ( )
傷病届作成日/作成支援の有無			年 月 日	本届書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合	チェック □

（注）本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に**「保険」**を**「共済」**と読み替えてその内容をご記入ください。