

事 故 報 告 書

組 合 員 証 番 号					(枝番)	0 0		
組 合 員 氏 名					療養者氏名 続柄 年 月 日生 ()			
事 故 発 生 場 所					事故発生 年月日	年 月 日 頃 午前・午後 時 分		
事 故 発 生 の 状 況 被 害 の 状 況	(1 公務中 2 通勤途上 3 私用中 4 アルバイト中 5 その他) → (※印参照)							
相 手 方 の 有 無	1 第三者あり (相手方は、 ☐ イ 分明 ☐ 不明 (轢き逃げ等)) 2 第三者なし (自損事故等) 3 その他 ()							
組 合 員 証 の 使 用	1 使用した (年 月 日から) 2 使用しない (相手方負担)							
療養の経過 これまでの療養 の経過と、今後 の療養見込み期 間を記入のこと	傷病名					療養見 込期間	約 か月	
	療養の 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	
		所在地				入院 外来	～ 年 月 日	
	その後 転院した 医療機関	名 称				初診	年 月 日	
		所在地				入院 外来	～ 年 月 日	
相 手 方	住 所					病院窓口負担金の 支払者	1 相手方 2 組合員	
	氏 名							
上記のとおり報告します。 公立学校共済組合東京支部長 殿 年 月 日 組合員 署名								
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。(本人から事情聴取し確認いたしました。) 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名 事務担当者 電話番号 (公印省略)								

※ 公務中又は通勤途上の事故で、公務災害・通勤災害に該当する場合は、必ず地方公務員災害補償基金に公務災害・通勤災害の認定請求を行うとともに、共済組合に「共済組合員証使用届」及び「同意書」を提出してください。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和6年1月)