

事 故 報 告 書

組 合 員 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	午前・午後	時 分頃
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()			
マイナ保険証・資格確認書使用	1 使用した(年 月 日から) 2 使用しない(相手方負担) (共済組合承認者 氏名)			
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	~ 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	~ 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 <div style="text-align: right;">組合員 署名</div>				
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 <div style="text-align: right;">(公印省略)</div>				

※ 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「マイナ保険証・資格確認書使用届」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8年1月)