

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	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 ()			
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	~ 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 <div style="text-align: right;"> 所属所長 職 名 氏 名 事務担当者 電話番号 (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「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