

## 交通事故による傷病届等の提出について（お願い）

交通事故に遭い、その結果として受傷し医療費等の給付事由が生じた場合には、その給付事由に対して行った給付の価格の限度で、共済組合は、受給権者（被扶養者を含む）に代わって第三者（加害者）に対し損害賠償の請求権を取得します。（地共済法第50条）

組合員又は被扶養者様が交通事故に遭って受傷された場合は、下記の書類を至急共済組合に提出していただきますようお願いいたします。

### 記

1. 交通事故による傷病届（兼損害賠償申告書）………1面及び2面
2. 事故発生状況報告書（自賠償に保険請求した場合はその写しでも可）
3. 念書（組合員より）
4. 損害賠償金納付確約書・念書（相手より）
5. 交通事故証明書  
（※物件事故証明の場合には「人身事故証明書入手不能理由書」を添付）
6. 示談書の写（すでに示談が成立している場合のみ）
7. 保険会社へ請求した場合はその写

（参考）地方公務員等共済組合法第50条第1項

組合は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合には、当該給付事由に対して行った給付の価格の限度で、受給権者（当該給付事由が当該組合員の被扶養者について生じた場合には、当該被扶養者を含む。）が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

◎ 次に掲げる場合のいずれかに該当する方は、上記書類は提出不要ですのでその旨下記までご連絡ください。（該当された方には、別途「負傷原因届」の提出をお願いします。）

### ア 自損事故の場合

※自損事故とは、相手（第三者）が存在しない事故、例えば運転を誤り塀に衝突して打撲傷を負った場合等を指します。

なお、車両同士が直接接触していない場合でも、被害者側が第三者の車両を避けた結果、被害者のみが受傷した事故等は自損事故ではありませんので、上記書類の提出をお願いします。

### イ 治療費用の支払いに、一切、健康保険証を使用しない場合

※患者負担額（窓口負担）を加害者側が支払っている場合でも、患者負担額以外の治療費（医療保険者負担）の支払に健康保険証が使用されているケースがよくあります。加害者側が被害者の窓口負担額を支払っている場合、この点に十分注意してください。

# 交通事故による傷病届（兼損害賠償申告書）

1面(全2面)

組合員証	記号		組合員 氏名		所属所名	
	番号					

## 1. 事故について（項目設定してあるところは、該当するものを○で囲んでください。）

事故発生日時	年 月 日	午前 時 分頃 午後	発生場所	市 町 郡 村
事故時の状況	通勤途上 ・ 公務中 ・ 非公務中	警察への 届出区分	人身 ・ 物損 ・ 未届	未届の場合 その理由
事故の分類	車対車 ・ 車対バイク ・ 車対自転車 ・ 車対人 ・ その他【（ ）対（ ）】			

## 2. 被害者（受診者）について

※被害者	氏名		生年月日	年 月 日生	年齢	歳	組合員との続柄
	住所	〒 TEL ( )					
自賠責保険会社 （被害者方）	TEL ( )	担当名	契約者名		被害者との関係		
任意保険会社 （被害者方）	TEL ( )	担当名	契約者名		被害者との関係		

## 3. 加害者（第三者）について

加害者	氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生	年齢	歳	組合員との続柄
	住所	〒 TEL ( )							
勤務先 又は職業			加害者が不明の場合、その理由						

自賠責保険（相手方）					任意保険（相手方）				
保険会社	名称				加入の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	取扱店名	TEL ( ) 担当名			名称				
契約者	氏名		関係	保有者との 加害者との	取扱店名	TEL ( ) 担当名			
	住所	〒 TEL ( )			契約者名		契約証 書番号		
自動車の 所有者	氏名		加害者 との関係		保険期間	自 年 月 日 から 至 年 月 日 まで			
	住所								
自動車の 種別			使用本拠地 (府県名)		任意一括(※)の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
証明書番号			登録番号		※任意一括とは、加害者が加入している任意保険会社が窓口になって、自賠責保険と対人賠償保険（任意保険）の保険金を被害者に対して一括して支払う制度をいいます。（任意一括の有無については、任意保険会社に確認してご記入ください。）				
			車体番号						
保険期間	自 年 月 日 から 至 年 月 日 まで								

4. 治療状況について（柔道整復師及び鍼灸・マッサージ師の施術を受けた場合を含みます。）

受診した医療機関	医療機関の名称		治療期間		
	①		年 月 日 から	年 月 日まで	
②		年 月 日 から	年 月 日まで		
③		年 月 日 から	年 月 日まで		
治療費の支払区分	患者負担分	自費・自賠償・加害者払い・損害保険		治癒見込み	年 月 頃の見込み
	保険給付分	自費・自賠償・加害者払い・保険証使用		(治療終了日)	( 年 月 日終了)

5. 休業補償及び示談について

休業補償	<p>休業する場合、休業(治療)中の休業補償の方法について、該当する記号を○で囲んでください。</p> <p>ア 加害者が負担      イ 職場から支給      ウ 自賠償へ請求      エ 傷病手当金請求予定 オ 被害者が加入している人身損害保険に請求予定      カ その他 ( )</p>
示談の状況	<p>示談又は和解の状況について、該当する記号を○で囲んでください。</p> <p>ア 示談又は和解をした (この場合、示談書の写しを添付してください。) イ 交渉中である ウ 示談又は和解はしない (理由: )</p>

6. その他の事項について

加害者から受けた損害賠償(現時点)	円	被害の状況及びその見積額	円	※別紙「事故発生状況報告書」に、事故の状況を詳しく記載して提出してください。
人身事故の届出をしていない理由	※警察署に物損事故で届出た場合、人身事故の届出をしなかった理由を、この欄に記入してください。			

上記のとおり申告します。

熊本市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住所  
組合員 氏名

---

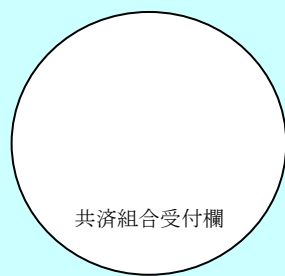
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

職名  
所属所長 氏名

<注意事項>

- ① 交通事故により負傷し、組合員証又は組合員被扶養者証(以下「組合員証等」といいます。)を使用して医療機関を受診された方は、必ずこの届書を提出してください。
- ② 治療費について、事故相手が被害者の一部負担金(窓口負担)を支払っている場合でも、残りの治療費には組合員証等が使用されていたというケースがよくあります。このケースに該当しているときは、必ずこの届書を提出してください。
- ③ 当初、組合員証等を使用しないで受診された方でも、事故相手の自賠償保険が限度額を超えたため、後日組合員証等を使用されるケースがあります。この場合、必ずこの届書を提出していただくこととなりますので、あらかじめご承知おきください。



# 事故発生状況報告書

自賠償証明書 番号		当事者	甲 (相手・第三者)	氏名		
自動車の番号			乙 (受診者)	氏名	運転・同乗 歩行・その他	
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装 <small>してある</small> ・ <small>してない</small> ・ 歩道 (両・片) <small>ある</small> ・ <small>ない</small> ・ 直線 ・ カーブ 平坦 ・ 坂 ・ 見通し <small>良い</small> ・ <small>悪い</small> ・ 積雪路 ・ 凍結路					
信号又は標識	信号 <small>・ある</small> <small>・ない</small> 自車側信号 (青・赤・ ) 相手側信号 (青・赤・ ) 駐車禁止 <small>・されている</small> <small>・されていない</small> その他の標識 ( )					
速度	甲車両 km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両 km/h (制限速度 km/h)					
事故現場における自動車と被害者との状況を图示してください。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください。) <div style="border: 1px solid gray; height: 150px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 20px;">自 車 </div> <div style="margin-right: 20px;">相 手 車 </div> <div style="margin-right: 20px;">進 行 方 向 </div> <div style="margin-right: 20px;">信 号 </div> <div style="margin-right: 20px;">一 時 停 止 </div> <div style="margin-right: 20px;">人 </div> <div>自 転 車 バ イ ク </div> </div>					
上記図の説明を書いてください。						

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( ) 氏名

# 念 書

(事故日)

(相手方氏名)

(受診者氏名)

令和 年 月 日に                      の行為により                      の被った保険事故について、地方公務員等共済組合法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を地方公務員等共済組合法第50条第1項の規定によって熊本県市町村職員共済組合が保険給付の価額の限度において取得行使し、賠償金を受領されることに異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、保険事故が交通事故による場合は、熊本県市町村職員共済組合が代位取得した損害賠償に対して自動車損害賠償責任保険から熊本県市町村職員共済組合が優先的に充当支払いを受けられることに異議ありません。

あわせて、次の1から3までの事項を守ることを誓約し、4及び5については同意します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときには、受領印、内容、金額をもれなく、すみやかに届け出ること。
4. 熊本県市町村職員共済組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付すること。
5. 私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、熊本県市町村職員共済組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けること。

令和 年 月 日

組合員

〒    -

住 所

氏 名

⑩

TEL (        )

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

# 損害賠償金納付確約書・念書

(事故日)

(受診者氏名)

令和 年 月 日に \_\_\_\_\_ に傷害を負わせましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、熊本県市町村職員共済組合が代位取得し、熊本県市町村職員共済組合から損害賠償金（保険給付）の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますので、保険給付してください。

なお、傷害が交通事故による場合は、熊本県市町村職員共済組合が代位取得した損害賠償に対して自動車損害賠償保険から、熊本県市町村職員共済組合が優先的に充当支払いを受けられることに異議ありません。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、熊本県市町村職員共済組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

令和 年 月 日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

〒    -

住 所

氏 名

Ⓜ

TEL ( ) \_\_\_\_\_

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

【本件についてのご意見】 ※ ご意見があればご記入ください。

.....  
.....  
.....  
.....  
.....