

第三者行為による傷病届等の提出について（お願い）

第三者行為（交通事故を除く）により受傷し医療費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第三者行為により受傷された場合は、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. 第三者行為による傷病届（兼損害賠償申告書）
2. 念書（組合員より）
3. 損害賠償金納付確約書・念書（相手より）

（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。

受傷当初、組合員証を使用せず加害者（相手方）の負担で治療を受けている方であっても、その後、組合員証又は被扶養者証を使用して保険医療機関（柔道整復師・鍼灸マッサージ師の施術機関を含みます）を受診された場合は、**必ず上記の書類を提出してください。**

なお、交通事故による傷病届はこの様式とは別の様式になりますのでご注意ください。

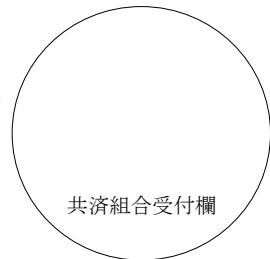
熊本県市町村職員共済組合保険課
TEL 096-368-0903

第三者行為による傷病届（兼損害賠償申告書）

届出者	組合員証	記号		組合員	所属所名			
		番号						氏名
被害者	氏名				生年月日	年齢	組合員との続柄	
	住所	〒			年月日生	歳		
					TEL ()			
加害者	氏名			性別	生年月日	年齢		
	住所	〒		男・女	年月日	歳		
	勤務先 又は職業				勤務先 所在地	〒 TEL ()		
事故発生日時								
令和 年 月 日		午前	午後	時 分頃	発生場所	市	町	
		郡	村					
事故の分類								
殴打 ・ 刺傷 ・ その他 ()								
負傷する直前にしていた用務					用務区分	通勤途上 ・ 公務上 ・ 公務外		
警察への届出								
有 ・ 無 (無の場合、その理由)								
加害者不明の場合、その理由								
事故発生状況								
受診した医療機関	①	名称			治療期間	自 年 月 日	支払区分	自費 ・ 加害者負担 ・ 健康保険 ・ 損害保険
		所在地			至 年 月 日			
	②	名称			治療期間	自 年 月 日	支払区分	自費 ・ 加害者負担 ・ 健康保険 ・ 損害保険
		所在地			至 年 月 日			
治癒見込み (治療終了日)				加害者から受けた損害賠償 (現時点)	円	被害者の状況及びその見積額	円	
(年 月 日治療終了)								
示談の状況								
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:)								
上記のとおり申告します。					上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
熊本市町村職員共済組合理事長 様					令和 年 月 日			
令和 年 月 日					職 名			
組合員 住 所					所属所長			
氏 名					氏 名			

<ご注意>

この届は、交通事故以外の第三者行為によって負傷された場合に提出していただく書類です。(交通事故によって負傷された場合、この様式は使用しないでください。別に様式があります。)



共済組合受付欄

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、治療に際し、熊本
県市町村職員共済組合が負担した診療費について、熊本県市町村職員共済組合から請求を受け
たときは、すみやかに納付することを確約します。

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

⑩

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。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....