

損害賠償申告書

組合員等 記号番号	〇〇〇-〇〇〇〇〇	所属所名	〇〇市役所		
組合員名 氏名	共済太郎	被害者名 氏名	共済花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
				続柄	妻
加害者氏名 及び住所	加害一郎 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地		事故発生 年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
事故発生 状況	茨城県〇〇市〇〇町〇〇交差点の横断歩道を青信号で、渡りはじめたところ、左後方より右折してきた甲車に左側面から撥ねられた。				
被害の状況 及び その見積額	頭部打撲にて入院 治療費約〇〇万円		加害者から 受けた 損害賠償	治療費〇〇万円 見舞金〇〇万円	
上記のとおり申告します。 茨城県市町村職員共済組合理事長 様 令和〇〇年〇〇月〇〇日 住所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地 申請者 氏名 共済太郎					
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 職名 〇〇〇〇 所属所長 氏名 〇〇 〇〇					担所属者所 担当

* 過失割合にかかわらず、組合員または被扶養者を被害者として、相手方を加害者として記入してください。

* 裏面の同意書も併せてご記入ください。

担当者印又は署名

同意書

茨城県市町村職員共済組合は、第三者行為により私が受けた傷病に対する短期給付について、地方公務員等共済組合法第50条の規定により当該給付の価額の限度において、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を取得します。

つきましては、茨城県市町村職員共済組合が損害賠償請求を行うにあたって、当該短期給付に係る診療報酬明細書の内容を加害者の加入する損害保険会社等に開示することに同意します。

また、私が加害者の加入する損害保険会社等に損害賠償請求し保険金等を受領したときは、茨城県市町村職員共済組合がその受領額及び内訳等について照会を行い情報提供を受けることに同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

住 所：茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地

組合員氏名：共 済 太 郎

被害者氏名※：共 済 花 子

※ 被害者と組合員が同一の場合は記入不要です。