

相手方より組合員（または被扶養者）の過失割合が大きい場合も、相手方を加害者欄に記入してください。

課 長	保 健	係

損 害 賠 償 申 告 書

組 合 員 等 記 号 番 号	123 - 4567	所 属 機 関 名	〇〇市役所		
組 合 員 氏 名	共済 太郎	被 害 者 氏 名	共済 小太郎	性 別	男・女
				続 柄	長男
加害者の氏名 及 び 住 所	組合 次郎 〇〇市〇〇町8-9	事 故 発 生 日 時	令和〇〇 年 3 月 1 日 13 時		
		及 び 場 所	〇〇市〇〇町5-6-7		
事 故 発 生 状 況	令和〇〇年3月1日13時頃、〇〇市〇〇町5-6-7にて、共済小太郎が				
	運転する車と加害者の車が信号のない交差点において、出会い頭に衝突し、				
	小太郎が負傷した。				
被 害 の 状 況 及 び そ の 見 積 額	物損部分 258,300 円 人身部分 不明(通院中)	加 害 者 か ら 受 け た 損 害 賠 償	未定		
上記のとおり申告します。					
栃木県市町村職員共済組合理事長 様					
令和 〇〇 年 4 月 1 日					
住 所 〇〇市〇〇町4-5-6					
組 合 員					
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 4 月 1 日					
職 名 〇 〇 市 長					
所属所長					
氏 名 〇 〇 〇 〇					

※ 事故状況報告書、事故証明書及び同意書を添付してください。