

事故報告書

組合員 記号・番号	9999 - 99999	所属所名	〇〇〇〇市
組合員 氏名	〇〇 〇〇	事故者 氏名	〇〇 △△ <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (続柄 長男)
事故発生 年月日	令和 X 年 XX 月 XX 日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	XX 時 XX 分頃
事故発生場所	和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇〇の交差点		
事故発生 の状況	<input type="checkbox"/> 通勤(通学)中 <input type="checkbox"/> 公務(就業)中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	詳細な 状況 (原因)	バイクで走行中に前方の車が停止しているのに気付かず、避けようとしたところハンドル操作を誤り、転倒し、救急搬送される。 頰部の捻挫及び肩の打撲と診断され、通院及び処方し、接骨院に通う。	
受診医療機関	① 医療 機関等	〇〇〇〇医院	
	診療 年月	令和 X 年 XX 月 ~ 令和 X 年 XX 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 柔整
	② 医療 機関等	〇〇〇〇調剤薬局	
	診療 年月	令和 X 年 XX 月 ~ 令和 X 年 XX 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 柔整
	③ 医療 機関等	〇〇〇〇接骨院	
	診療 年月	令和 X 年 XX 月 ~ 令和 X 年 XX 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input checked="" type="checkbox"/> 柔整
治療状況	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 治療終了 [終了日] 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療中 通院中 <input type="checkbox"/> 治療中止		
上記のとおり報告します。 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 X 年 XX 月 XX 日 住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇 組合員 氏名 〇〇 〇〇			
本書写し 送付	<input checked="" type="checkbox"/> 要		

※ 発生日から1か月以内に提出してください。

※ 自損事故や100%過失の事故の場合、「交通事故証明書」を提出してください。

※ 自損事故や100%過失の事故の場合、「事故発生状況報告書」を提出してください。

※ 過失割合が当方の100%過失から相手側の過失が認められた場合、相手側に第三者行為の請求が必要となりますので、損害賠償申告書等の提出をお願いします。

※ 公務(就業)中の負傷は、公務災害保険または労災保険(被扶養者のパート・アルバイト含む)の適用です。

※ 受診した医療機関の欄に不足がある場合、別紙に記入し、提出してください。