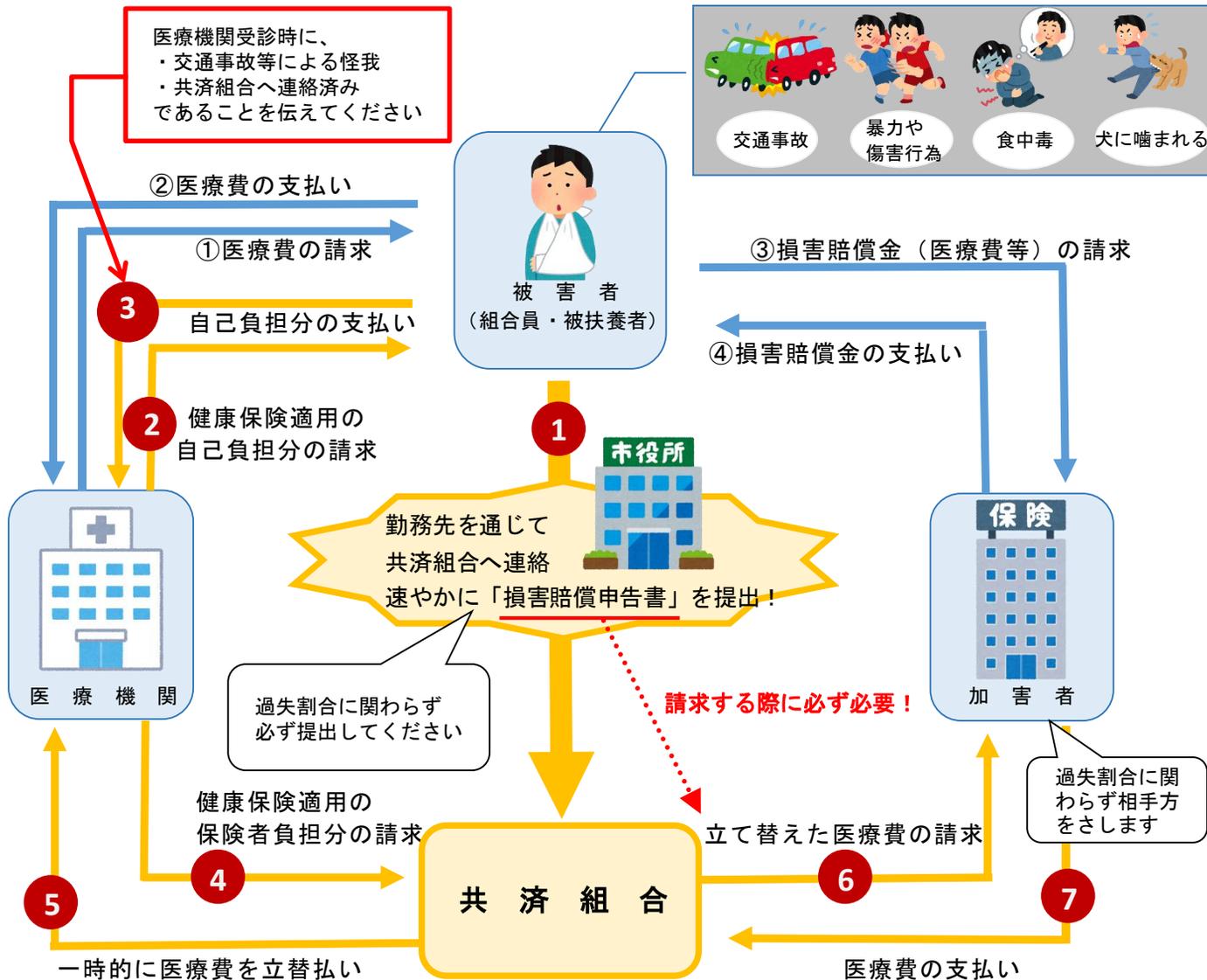


第三者から傷害を受けたとき(交通事故等)は健康保険の対象外です

交通事故等で怪我をした場合やお店等で食中毒にあった場合、その治療費は、本来加害者(過失割合に関わらず相手方)が支払う損害賠償金の中から支払われるべきものです。(図①～④)

しかし、事故等発生後、損害賠償金が支払われるまで被害者の経済的な負担は大きくなります。被害者救済の為、先に共済組合へ連絡して手続きすることで、組合員証等を使用して医療機関で治療を受けることができますが、その場合は以下の点に注意してください。(図①～⑦)

相手方のいる…



注意点

①相手方の確認
運転免許証など確かなもので行ってください

②警察への届出
必ず「人身事故」として、お手続きください

③書類の提出期限
遅くとも事故発生から2か月以内に提出してください

④示談をする場合
必ず事前に共済組合へ連絡してください

上記の手順を踏まれずに組合員証等を使用された場合は、共済組合が負担した医療費を加害者へ請求できませんので、**組合員へ請求**させていただきます。ご了承ください。

「損害賠償申告書」提出の注意事項について

各書類に必要事項をご記入いただき、署名捺印のうえ、添付書類とともに所属所の共済組合事務担当課を通じて共済組合へご提出ください。

なお、組合員証等の使用にあたりましては、次のことをよくお読みのうえ、ご注意ください。

<注意事項>

- (1) 組合員証等を使用されますと、本来、加害者が負担すべき治療費を交通事故処理の解決まで共済組合が一時的に立替えることとなりますので、その範囲内で損害賠償請求権を代位取得します。
- (2) 医療機関にも組合員証等の使用の申立てをしてください。
- (3) 安易な示談や症状固定は絶対にしないでください。万一、安易な示談等をされ、共済組合が立替え給付を行った価額を勝手に放棄された場合、その価額について、被害者（組合員）が共済組合に返還していただくこととなりますので、示談等をされる場合は必ず事前に共済組合へ連絡してください。

<提出書類>（「傷病治癒等報告書」以外は、全て一緒に事故から2ヶ月以内に提出してください。）

- 「損害賠償申告書」 所属所長の確認を必ず受けてください。
- 「事故発生状況報告書」 交通事故等第三者行為による事故の状況を詳しく書いてください。
- 「念書」 よく読んで組合員（被扶養者）が記入してください。
- 「誓約書」 加害者側に記入してもらってください。保証人欄は保険会社等の場合、担当者名の記入をお願いします。
- 「交通事故証明」 交通事故の場合は、必ず**原本**を添付してください。（区分が『人身事故』のもの）。やむを得ず写しを提出する場合は、保険会社の原本証明（証明印が必要です）を受けてください。
- 「人身事故証明書入手不能理由書」 交通事故証明書の区分が「物損事故」となっている場合は、こちらを提出してください。
- 「傷病治癒等報告書」 治療が完了（又は症状固定）したときにすみやかに提出してください。（所属所長の確認が必要です。）

- (4) 上記の書類が提出できない、または既に示談してしまっている等で共済組合が加害者へ請求できない場合は、全額自己負担となります。別紙「申立書」を提出し、共済組合が立て替えた医療費のお支払いをお願いします。

損害賠償申告書 (共済組合入力日 . . .)

記号				(右詰め)	所属所名
番号					
組合員氏名				被害者氏名	
				生年月日	昭・平・令 年 月 日
					続柄 コード
事故発生日	令和 年 月 日	午前・午後	時頃		
事故発生の状況	就業時間中 ・ 通勤（出勤・帰宅）中 ・ 私用 その他（ ）				
<small>詳細は『事故発生状況報告書』に記入してください。</small>	※就業時間中・通勤中の負傷は公務災害保険または労災保険（パート・アルバイト含む）の適用です。健康保険は原則使用できません。				
治療期間・傷病等について					
医療機関名	傷病名		通院期間		
			令和 年 月 日～令和 年 月 日		
			令和 年 月 日～令和 年 月 日		
治療終了見込み	不明 ・ 令和 年 月頃 令和 年 月 日治療終了（治癒報告書の提出が必要です。）				
被害の状況及び第三者（相手方）に対する損害賠償の請求について					
被害の状況 及び見積額	損害賠償の請求		した ・ していない		
	した場合は、その年月日		令和 年 月 日		
受領した損害賠償の種類	治療費	慰謝料・見舞金	その他（ ）		
金額	円	円	円		
受領年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
示談について	成立していますか		いる ・ いない ・ 交渉中		
	成立している場合はその年月日		令和 年 月 日（示談書の写しを添付）		
	成立していない場合はその理由				
上記のとおり申告します。 兵庫県市町村職員共済組合理事長 様 住 所 令和 年 月 日 申請者 氏 名					
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名					共済組合 受付印

(注意) 事故発生から2ヶ月以内に提出してください。

書類の取り寄せに時間がかかる場合は、その旨連絡し、提出可能な物から先にお送りください。

事故発生状況報告書

甲 (甲車の運転手)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運 転 ・ 同 乗 歩 行 ・ その他						
速 度	甲車 k m/h (制限速度 k m/h)		甲車以外の車 k m/h (制限速度 k m/h)									
天 候	晴・雨・曇・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	時間帯	明方・昼間・夕方・夜間							
道路の状況	舗装 している・していない		歩道 (両・片) ある・ない		見通し 良い・悪い							
	平坦・坂 (緩・急)		直線・カーブ		積雪路・凍結路							
	道路幅 甲車側 (m)		甲車側以外の車側 (m)									
信号又は標識	信号 有・無 一時停止標識 有・無		駐停車禁止 されている・されていない		その他の標識 ()							
事 故 発 生 状 況 を 図 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)											
上記図の説明												

(※「上記図の説明」について、書ききれない場合は、別紙に書いてください。)

別紙交通事故証明書に補足して上記の通り報告します。

令和 年 月 日

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

報 告 者 甲との関係 ()

乙との関係 () 氏名 _____ (印)

(注意) 必ず「人身事故」となっている交通事故証明書を提出してください。
やむを得ず「物損事故」となっている場合は、「人身事故証明書を添付できない理由書」も併せて送付してください。

※ 交通事故の場合は、人身事故の交通事故証明書も併せて提出してください。

人身傷害保険（ご自身の車の損害保険）等の使用状況の有無					
有 ・ 無					
有の場合は、保険会社名					
担当部署・担当者名		TEL () -			
第三者（相手方及び相手方の使用主）との関係					
加害者	氏 名	性別（男・女）			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日（当時 歳）			
	住 所	〒 TEL () -			
	職 業				
同上の使用主	名 称	〒 TEL () -			
	所在地				
備考					
加害者の自動車賠償責任保険及び任意保険関係					
自賠責保険	加入の有無	加入している		加入していない	
	保険会社等	〒 TEL () -			
	保険金の請求	加害者が請求した	被害者が請求した	請求していない	
任意保険	加入の有無	加入している		加入していない	
	保険会社等	〒 TEL () -			
	取扱担当者名				
	保険使用について	相手は承諾している		相手は承諾していない	
自動車賠償責任保険証明書番号					
車 台 番 号					
（※）任意保険加入者番号					

（※）任意保険未加入及び使用承諾をしていない場合は、加入者番号の記入は不要です。

事故発生状況報告書

第三者（相手方）について				
加害者	氏名	性別（男・女）		
	生年月日	昭・平・令	年 月 日（当時 歳）	
	住所	〒 - Tel () -		
	職業			
	被害者に対する損害保険加入の有無		有 ・ 無	
	有の場合は、保険会社名			
	担当部署・担当者		Tel () -	
備考	※この欄には、加害者が個人でない（会社や団体等）場合はこの件に関する担当者を、未成年・責任無能力者の場合は、保護者の氏名・本人との続柄・性別・連絡先を記入してください。			
事故発生年月日等について				
事故発生年月日	令和	年 月 日	午前・午後 時 分頃	
事故発生場所				
事故内容	殴打 ・ 刺傷 ・ その他（ ）			
警察への届出	有	警察署名		
		受理番号		
	無	理由		
事故の詳細な内容			
			
			
			
			
			

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

報告者 _____ (印)

念 書 （ 兼 同 意 書 ）

令和 年 月 日に相手方（以下、加害者） の不法行為により私（被扶養者 ）の被った事故について、地方公務員等共済組合法による短期給付を受けた場合、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、兵庫県市町村職員共済組合（以下「組合」という。）が給付の価額の限度において取得及び行使し、かつ賠償金を受領す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、あわせて次の1、2、3、4及び5の事項については遵守することを誓約し、6、7、8及び9の事項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、必ず前もって組合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 加害者から金品をうけたときは、受領年月日・内容・金額をもれなく組合に申し出ること。
- 4 自動車損害賠償責任保険に被害者請求するときは、必ず前もって組合に申し出ること。また、すでに被害者請求をしているときも、必ず申し出ること。
- 5 組合が賠償金の受領に際し必要な書類を求めたときは、遅延なく提出すること。
- 6 組合が賠償金の受領に際し必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込み額を含む）等）について保険会社を含む加害者等から提供を受けること。
- 7 組合が賠償金の受領に際し必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等（診療報酬明細書・調剤報酬明細書の写しを含む））を求償先に提出すること。
- 8 この念書（兼同意書）をもって6に掲げる事項に対する保険会社を含む加害者側への同意を含むこと。
- 9 この念書（兼同意書）を保険会社を含む加害者へ提示すること。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住 所

氏 名

Ⓜ

誓 約 書

令和 年 月 日に貴組合員 (被扶養者) が私との間に発生した事故により貴組合から行われた短期給付については、私の責任の不法行為 (交通事故・傷害事故等) に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

1. 短期給付確定時に損害賠償金 (共済組合給付分) をその過失割合に応じ支払いすること。
2. 貴組合の書面承諾なしに示談したときは共済組合短期給付分に限り、何人にたいしても示談の効力を主張しないこと。

上記不履行の際は、貴組合のいかなる措置にも応ずることを誓約いたしますとともに、地方公務員等共済組合法第 50 条に基づく損害賠償請求権を貴組合が取得することに異議を申しません。

令和 年 月 日

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

住 所

誓約者

氏 名

㊟

住 所

保証人

氏 名

㊟

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

当 事 者	運 転 者 （ 甲 ）	住 所	電話		
		氏 名	生 年 月 日	大・昭 平・令	年 月 日 (才)
		自賠償保険 契 約 先	自賠償保険 証 明 書 番 号	第	号
		登 録 番 号	車 台 番 号		
	被 害 者 （ 乙 ）	住 所	電話		
		氏 名	生 年 月 日	大・昭 平・令	年 月 日 (才)
		自賠償保険 契 約 先	自賠償保険 証 明 書 番 号	第	号
		登 録 番 号 車 両	事 故 時 況 状	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他	
発 生 年 月 日 時		年 月 日	午前 午後	時 分	ころ 天候
発 生 場 所		において			
届 出 警 察		警察(担当官)	届出年月日	年 月 日	
甲・乙 以外 の 当 事 者	住 所	氏 名			
	自賠償保険 契 約 先	自賠償保険 証 明 書 番 号	号		
人身事故証明書入手不能理由					
添付書類 ・ 事故車両の写真・修理見積書および示談書 ・ 車台番号契約の場合 — 車検証写又は登録済証写 ・ 物損事故届のある場合 — 当該事故証明書 ・ 構内事故の場合 — 構内責任者の事故現認書					
上記理由により人身事故証明書は取得していませんが人身事故の事実には相違ありません。 運転者（甲） 住所 年 月 日 （取付不能の場合に限り保有者（使用者）） 氏名 ⑨ 電話					
上記事故を目撃したことを証明します。 目 撃 者 住所 年 月 日 氏名 ⑨ 電話 ()					

傷病治癒等報告書

(共済組合入力日 . . .)

令和 年 月 日			
兵庫県市町村職員共済組合理事長 様			
記号番号 ー			
組合員氏名			
被害者氏名			
下記の通り治癒しましたので報告します。			
事故発生年月日		令和 年 月 日	
傷 病 原 因			
医 療 機 関	名称	所在地	最終通院日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
治癒年月日 または 症状固定日		令和 年 月 日 ※ 症状固定の場合は、症状固定日の確認できる診断書の写しを添付してください。	
後遺障害の有無		有 ・ 無	
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。			
職 名			
令和 年 月 日 所属所長			
氏 名			

1. 被害者等はこの書類を治癒後すみやかに所属所を経由の上提出してください。
2. 「治癒」には、完全治癒のみではなく、症状が固定し、もはや治療効果が期待できなくなった場合も含まれます。

外 傷 原 因 報 告 書

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

記号 _____ 番号 _____

組合員氏名 _____

私(被扶養者氏名 _____)の外傷について、下記のとおり報告いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記

1. いつ(発生日時) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろ
2. どこで(発生場所)
3. 何をしている(何をしに行く)ときですか？(原因及び状況) 詳細に記入してください。
4. 勤務中または出勤中・帰宅中の怪我ですか？ はい ・ いいえ 「はい」の場合は、公務災害(組合員)、労災(被扶養者)、通勤災害になりますので、原則健康保険は使用できません。共済組合に連絡してください。手続きをご案内します。
5. 警察への届出していますか？ はい ・ いいえ 届け出た警察署名: _____ 【受理番号】 _____ 届け出なかった理由: _____
6. 受診した医療機関名・初診日・傷病名 この怪我が原因で行った病院名と最初の日を記入してください。 ① _____ 病院・クリニック (R / /) (傷病名 _____) ② _____ 病院・クリニック (R / /) (傷病名 _____)
7. その他・参考事項

※ ひき逃げ等加害者が不明の場合で、相手が判明した場合は速やかに「損害賠償申告書」を提出してください。