

損 害 賠 償 申 告 書

組 合 員 証 記 号 番 号	—	所 属 所 名			
組 合 員 氏 名		被 害 者 氏 名	性 別	男・女	
			続 柄		
加 害 者 氏 名 及 び 住 所			事 故 発 生 年 月 日	年 月 日	
事 故 発 生 状 況					
被 害 の 状 況 及 び そ の 見 積 額			加 害 者 か ら 受 け た 損 害 賠 償		
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 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 ㊟					
上 記 の 記 載 事 項 は 、 事 実 と 相 違 い な い も の と 認 め ま す 。 年 月 日 職 名 所 属 所 長 氏 名 ㊟					所 担 属 当 所 者 ㊟

* 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。

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。

平成 年 月 日

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

住 所： _____

組合員氏名： _____ (印)

被害者氏名※： _____ (印)

※ 被害者と組合員が同一の場合は記入不要です。