**事　故　報　告　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 組合員証記号番号 | 公立香第　　　　　　号 |  |  |
|  |  |  |  | 続柄 |  |
|  |  | 事故発生年月日 | 令和　　年　　月　　日　　　　　　　　時　　分頃 |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※事故発生状況略図は裏面へ |
|  | １　使用した　（令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日迄）２　使用しない（加害者負担）３　使用予定　（令和　　年　　月　　日） |
|  |  |
| 医療機関について | 最初に治療を受けた医療機関 | 名　称 |  |  | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 所在地 |  | 入院外来の別 | 入院　（令和　　年　　月　　日）外来 |
| その後転医した医療機関 | 名　称 |  |  | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 所在地 |  | 入院外来の別 | 入院　（令和　　年　　月　　日）外来 |
|  | 住　所 | 〒 | ○で囲む。１．当傷病は公務上(通勤災害)である　ｲ.認定済　ﾛ.申請中　ﾊ.申請しない２．当傷病は公務外である |
| 氏　名 |  |
| 　上記のとおり請求します。　　　公立学校共済組合香川支部長殿　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

１　加害者の氏名及び住所が明らかでないときは、理由を付してその旨を記入してください。

２　事故発生状況（略図は裏面に記入）は、できるだけ具体的に詳しく書いてください。

３　この報告書を提出するときは、事故証明書を添付してください。

**【事故発生状況略図】**

|  |
| --- |
|  |

※具体的に詳しく記入してください。