

# 共済組合への提出書類一覧(相手不明の交通事故用)

提出書類に必要事項を記入し添付書類及び本紙を併せて「日本郵政共済組合共済センター給付担当」あてに送付願います。

## 事故発生時の提出書類

### <記入に関する注意事項>

- ・ 事故に遭われてから、1ヶ月以内に、共済組合に提出してください。  
なお、期限内の提出が困難な時は、ご連絡ください。
- ・ 相手が判明した場合、共済組合に連絡のうえ、「相手がいる交通事故の場合」の提出書類  
①～⑦をすべて提出してください。
- ・ チェック欄に  をしてご提出願います。

	提出書類名	チェック欄	記載要領等	共済様式
1	損害賠償申告書 (交通事故用)	<input type="checkbox"/>	記入例を参考に記入してください。	○
2	事故発生状況報告書 (交通事故用)	<input type="checkbox"/>	<u>できるだけ詳しく記入してください。</u> 事故の状況を判断するうえで、重要な書類です。	○

提出枚数 \_\_\_\_\_ 枚

組合員番号 \_\_\_\_\_

組合員氏名 \_\_\_\_\_

## 損害賠償申告書(交通事故用)

組合員番号(=社員番号8桁)								組合員氏名				組合員生年月日			
(フリガナ)								(和暦)				年 月 日			
所属局所 部(課)名								日中の連絡先 ※組合員ご本人と連絡の取れる番号を記入してください							
								職場				自宅・携帯			
以下の質問にお答えください															
業務が原因・通勤途上の負傷ですか												はい・いいえ ※『はい』の場合は、請求書作成前に所轄の労働基準監督署へお問い合わせください			

※ 通勤途上や業務上のケガや病気は労災保険の給付対象となるため、マイナ保険証等を使用して医療機関を受診することはできません。  
 ただし、負傷した状況等によっては、労災保険の給付対象外となる場合もあるので、勤務先を管轄する労働基準監督署にご相談ください。

### 内容記入欄

事故発生日		(和暦) 年 月 日			保険診療開始日		(和暦) 年 月 日		
被害者氏名 (当方)		(フリガナ)			組合員との続柄				
		氏名			相手有無 ※自損事故は無に○		有 ・ 無 ・ 不明		
加害者氏名及び住所 ※1 (相手方)		(フリガナ)			加害者との関係		他人 ・ 親族		
		氏名			加害者が親族の際 被害者との続柄				
		住所							
被害の状況(ケガの箇所)及び治療に要する見積額 ※2									
治療に要した自己負担分の医療費について、加害者側への損害賠償の予定(該当箇所へチェックをしてください)		<input type="checkbox"/> 相手の任意保険から損害賠償を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 相手の自賠責保険から損害賠償を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 相手が保険未加入または不明のため、相手から直接損害賠償を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 自分の任意保険から損害賠償を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 自己負担分は自身で負担する(負担した) <input type="checkbox"/> その他( )							
上記のとおり申告します。 また、共済組合より損害賠償金請求にかかる損害保険会社等へ被害者の個人情報(診療内容を含む)を開示及び提供することについて同意します。									
日本郵政共済組合 様				申告者 千		住所			
(和暦) 年 月 日				(組合員)					
氏名									

※1 加害者が明らかでないときは、その旨を記入してください。後日、加害者が判明した場合には速やかに共済組合へ連絡してください。  
 ※2 受傷名、受傷部位、要治療期間及び治療費の見積額を記入してください。

共済組合 処理欄	受付		審査	1	2	登録	1	2	処理	

2024.12改正(給付担当)

