# 損害賠償申告書（交通事故以外用）

| 組合員番号（＝社員番号8桁） | 組合員氏名 | 組合員生年月日 |
|---|---|---|
| 0 1 2 3 4 5 6 7 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） キョウサイ タロウ<br>共済 太郎 | （和暦）<br>平成 2 年 1 月 1 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 | |
|---|---|---|
| 埼玉郵便局 ○○部 | 職場<br>048－888－8888 | 自宅・携帯<br>090－0000－0000 |

| 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事故発生年月日 | （和暦）<br>令和 ○ 年 6 月 12 日 | 保険診療開始日 | （和暦）<br>令和 ○ 年 6 月 12 日 |
| 被害者氏名<br>（当方） | （ﾌﾘｶﾞﾅ） キョウサイ ユウゾウ<br>氏名 共済 ユウゾウ | 組合員との続柄 | 本人 |
| | | 相手有無<br>※自損事故は無に○ | (有) ・ 無 ・ 不明 |
| 加害者氏名及び住所 ※1<br>（相手方） | （ﾌﾘｶﾞﾅ） トウキョウ ハジメ<br>氏名 東京 一<br>住所 東京都南区北3丁目1-1 | 加害者との関係 | (他人) ・ 親族 |
| | | 加害者が親族の際<br>被害者との続柄 | |
| 被害の状況（ケガの箇所）<br>及び治療に要する見積額 ※2 | 左腕犬咬創（全治1ヶ月）　見積額 未定 | | |
| 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<br>（該当箇所へチェックをしてください） | ☐ 相手の任意保険から損害賠償を受ける（受けた）<br>☑ 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）<br>☐ 自分の任意保険から損害賠償を受ける（受けた）<br>☐ 自己負担分は自身で負担する（負担した）<br>☐ 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

（和暦）
令和○ 年 6 月 13 日

申告者（組合員）
〒 330-0081
住所 埼玉県さいたま市中央区新都心3－1
氏名 共済 太郎

※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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

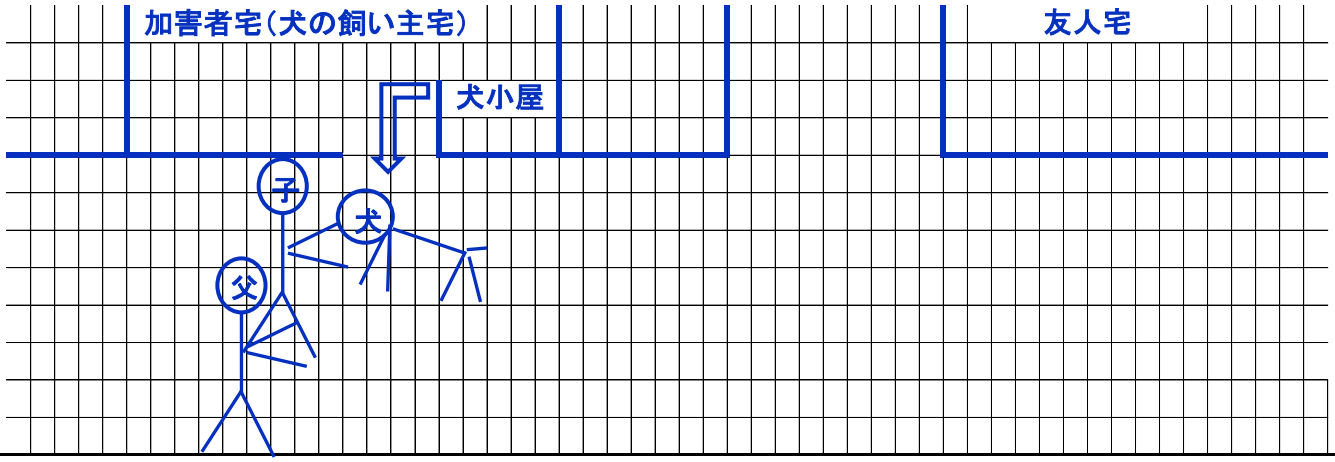
2024.12改正（給付担当）

# 事故発生状況報告書（交通事故以外用）

| | | |
|---|---|---|
| 発生日時 | | （和暦）令和　〇　年　7　月　7　日　（午前・午後）　15　時　15　分頃 |
| 発生場所 | | 東京都南区北3丁目1－1 |
| 当事者 | 当方氏名 | 共済　ユウゾウ |
| | 負傷部位 | 頭・頚・背・胸・腹・腕・脚・その他（　　） |
| | 傷病名 | 咬み傷（犬に噛まれた） |
| | 経過 | 入院・通院・その他（　　） |
| | 相手方氏名 | 東京　一 |
| | 負傷部位 | 頭・頚・背・胸・腹・腕・脚・その他（　　） |
| | 傷病名 | なし |
| | 経過 | 入院・通院・その他（　　） |

事故発生状況略図

事故現場における事故発生原因と事故の状況を図示してください。　出来るだけ詳細に記入してください




上記の説明を書いてください

私と子供の2人で友人宅へ遊びにいくため歩いていたところ、加害者宅の犬小屋から鎖の切れた状態の犬が道路に出てきて、いきなり子供に飛びかかり左腕を咬んだ。

（和暦）
令和　〇　年　7　月　11　日

報告者　被害者との関係（　父　）　氏名　共済　太郎　㊞

※ 報告者が組合員又は被害者(以下「組合員等」という。)以外の場合は、組合員等が上記報告書の内容を確認の上、以下に署名押印をお願いします。

氏名　　㊞

# 保険加入報告書（交通事故以外用）

| | |
|---|---|
| 発生年月日 | （和暦）<br>令和〇　年　7　月　7　日　午前・午後　15　時　15　分頃 |

【相手方の任意保険】

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 任意保険 | 保険会社名<br>（サービスセンター名） | | ◆◆損害保険（株）　東京東西支店 | | |
| | 住所 | | 〒　100－0001<br>東京都東西区南町1－2－3 | | |
| | 担当者 | | 有楽　町子 | TEL | 03－4444－4445 |
| | 加害者<br>（相手方） | 氏名 | 東京　一 | | |
| | | 住所 | 〒　100－0001<br>東京都南区北3丁目1－1 | | |
| | 保険契約者 | 氏名 | 東京　花子 | 加害者との関係 | 妻 |
| | | 住所 | 〒　100－0001<br>東京都南区北3丁目1－1 | | |
| | 契約証書番号 | | ××××－××－×××× | | |

【組合員または被扶養者の保険】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 任意保険 | 保険会社名<br>（サービスセンター名） | 株式会社　〇〇損害保険　与野サービスセンター | |
| | 住所 | 〒　3××－××××<br>埼玉県△△市1丁目3－100 | |
| | 担当者 | 与野　和子 | TEL　048－111－2222 |
| | 保険契約者 | 共済　太郎 | |
| | 契約証書番号 | ×××－××－×××× | |

# 同意書

（受診者氏名）　　（和暦）

私　共済　太郎　は、令和　〇　年　6　月　12　日の事故の損害賠償に関する下記の事項について同意します。

記

## 1　個人情報に関すること（医療機関等で作成される診療報酬明細書（レセプト）等を含む）

①　日本郵政共済組合が損害賠償額算定の判定・損害賠償金請求のために利用すること。

②　日本郵政共済組合が以下のア及びイ、並びにその他の業務上必要とする範囲で取得・利用・提供又は登録すること。

ア　日本郵政共済組合が、前記①の業務のため業務委託先、医療機関、保険会社、損害賠償請求に関する関係先等に提供すること。又は、これらの者から提供を受けること。

イ　日本郵政共済組合が保険制度の健全な運営のために損害保険会社等に提供もしくは登録し、又は、これらのものから提供を受けること。

## 2　高額療養費等の返還請求に関すること

日本郵政共済組合から給付される高額療養費及び附加給付（※1）に関し、病院の窓口での自己負担額に基づいて計算された金額と、第三者加害行為の示談後、過失割合及び加害者（損害保険会社等を含む。）からの損害賠償額を考慮して再計算された金額に差額が生じた場合、日本郵政共済組合から請求があった際に差額を返還（※2）すること。

以上

（作成日）

令和　〇〇　年　△△　月　□□　日

日本郵政共済組合　共済センター長　殿

組合員

住　所　埼玉県さいたま市中央区新都心3－1

氏　名　共済　太郎

被扶養者が診療を受けた場合、枠内もご記入ください。

住　所

氏　名

組合員との関係

※1　高額療養費及び附加給付：組合員証（被扶養者証）を使用した診療又は調剤について、病院の窓口での自己負担額が、一定の上限額（自己負担限度額）を超えたとき、その超えた額について日本郵政共済組合から支給される給付金

※2　返還時の払込手数料については貴殿の負担となります。

（日本郵政共済組合）

# 損害賠償承諾書

（和暦）　　（受診者氏名）

令 和　〇　年 7 月 7 日に発生した　共済　ユウゾウ　との事故（暴行事件等を含む。）による傷病に係る、日本郵政共済組合が支払った医療費について過失割合に応じて、私が責任をもって日本郵政共済組合に支払うことを承諾します。

（作成日）

令和　〇　年　7　月　7　日

日本郵政共済組合共済センター長　殿

**相手方の任意保険会社が対応する場合は、任意保険会社の署名、捺印をお願いします。**

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所　東京都南区北３丁目１－１

氏名　東京　一　（東京印）

TEL　０３－××××－００００

**相手方から署名捺印をもらえない場合は、その理由を記入してください。**

【本件についてのご意見】※ご意見があればご記入ください。

（例 1）組合員または被扶養者の過失が大きく、相手の署名・捺印を得られない

（例 2）相手が非を認めないため、署名・捺印を得られない　　等

# 第三者加害行為にかかる保険診療終了届出書（交通事故以外用）

| 組合員番号（＝社員番号8桁） | 組合員氏名 | 組合員生年月日 |
|---|---|---|
| 0 1 2 3 4 5 6 7 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）キョウサイ　タロウ<br>共済　太郎 | （和暦）平成　2　年　1　月　1　日 |

| 組合員住所 |
|---|
| 〒　3××－××××<br>埼玉県さいたま市中央区新都心3－1 |

| 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 | |
|---|---|---|
| 埼玉郵便局　〇〇部 | 職場<br>048－888－8888 | 自宅・携帯<br>090－0000－0000 |

## 内容記入欄

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 事故発生年月日 | （和暦）令和　〇　年　6　月　12　日 | | | | |
| 被害者氏名（当方） | （ﾌﾘｶﾞﾅ）キョウサイ　タロウ<br>氏名　共済　太郎 | 生年月日 | （和暦）平成　2　年　1　月　1　日 | | |
| | | 組合員との続柄 | 本人 | 性別 | 男　女 |
| 加害者氏名（相手方） | （ﾌﾘｶﾞﾅ）オオミヤ　イチロウ<br>氏名　大宮　一郎 | | | | |
| 診療終了年月日 ※1 | （和暦）令和〇　年　1　月　30　日<br>最終受診医療機関名　（　郵政整形外科　） | | | | |
| 加害者から受けた損害賠償額及び支払者（該当箇所へチェックをしてください）※2 | 損害賠償額　（ 30,000 円）<br>☐ 相手の任意保険から全額損害賠償を受けた<br>☐ 相手の任意保険から過失割合による損害賠償を受けた<br>☑ 相手から直接全額損害賠償を受けた<br>☐ 相手から過失割合による直接損害賠償を受けた<br>☐ 自分の任意保険から全額損害賠償を受けた<br>☐ 自己負担分は自身で負担した<br>☐ その他（　） | 支払者名：〇〇損害保険株式会社 | | | |
| 添付書類 ※3 | チェック欄 | 書　類 | | | |
| | ☑ | ①示談書の写し（過失割合が記載されたもの） | | | |
| | ☑ | ②支払者（損害保険会社等）から送られてきた損害賠償額の内訳が記載された書類の写し | | | |

※　この届出書は、第三者加害行為により被害者が負った傷病について、共済組合員証による保険診療が終了した場合に提出してください。

※1　「診療終了年月日」は「治療終了日」もしくは後遺症診断書に記載された「症状固定日」をご記入ください。
複数の医療機関を受診し、医療機関ごとに「診療終了日」が異なるなど、「診療終了年月日」欄に書ききれない場合は、適宜の用紙に「医療機関名」と「診療終了日」をそれぞれご記入いただき添付してください。

※2　損害賠償を受けられていない場合は、損害賠償額は「0円」、支払者名は「なし」と記入してください。

※3　過失割合及び損保会社からの損害賠償額等を確認する資料として、①及び②の書類の写しをこの届出書と併せて提出してください。

| 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）