



事 故 報 告 書

組 合 員 証 号 組 合 員 番 号	公立岡山		所 属 所 名		
組 合 員 氏 名			療 養 者 氏 名	続柄	
事 故 発 生 場 所			事 故 発 生 年 月 日	平成 年 月 日	時 分 頃
事 故 発 生 の 状 況 被 害 の 状 況					
組 合 員 証 使 用 の 有 無	1 使用した (年 月 日から) 2 使用しない (加害者負担)	公務(通勤) 公務外の別	1 当傷病は公務外である 2 当傷病は公務上である ア 未申請 イ 申請中 ウ 認定済		
療養経過 現在の療養経過と今後の療養見込期間	傷病名			療 養 見 込 期 間	
	療 養 経 過				
最初に治療を受けた医療機関	名 称		初診年月日	平成 年 月 日	
	所在地		入 院 外 来 の 別	入 院 外 来 (年 月 日から)	
その後転医した医療機関	名 称		初診年月日	平成 年 月 日	
	所在地		入 院 外 来 の 別	入 院 外 来 (年 月 日から)	
加 害 者	住 所			加害者より賠償を受けた内容内訳	
	氏 名				
上記のとおり報告します。				所 属 所 受 付 印	
公立学校共済組合岡山支部長 殿 平成 年 月 日					
組 合 員 氏 名				(印)	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				支 部 受 付 印	
平成 年 月 日					
〒 □□□ - □□□□ (電話番号)					
所 在 地					
所 属 所 名					
所属所長職氏名				職印	

事 故 報 告 書

組 合 員 証 号 記 号 番 号	公立岡山 A〇〇〇〇〇	所 属 所 名	△△市立〇〇学校	
組 合 員 氏 名	岡 山 太 郎	療 養 者 氏 名	岡 山 太 郎	続柄 本人
事 故 発 生 場 所	国道△号線、〇〇市〇〇交差点	事 故 発 生 年 月 日	平成 〇 年 7 月 10 日 8 時 10 分頃	
事 故 発 生 の 状 況 被 害 の 状 況	〇〇市〇〇交差点で信号が赤に変わったので停車したところ後続の〇〇〇〇氏運転の普通乗用車に追突され、頸部を損傷。			
組 合 員 証 使 用 の 有 無	① 使用した (〇 年 7 月 10 日から) 2 使用しない (加害者負担)	公 務 (通 勤) 公 務 外 の 別	① 当傷病は公務外である 2 当傷病は公務上である ア 未申請 イ 申請中 ウ 認定済	
療 養 経 過 現 在 の 療 養 経 過 と 今 後 の 療 養 見 込 期 間	傷 病 名	頸 部 捻 挫	療 養 見 込 期 間	7 月 10 日 ~ 7 月 24 日
	療 養 経 過	頸部二週間の通院加療		
最 初 に 治 療 を 受 け た 医 療 機 関	名 称	〇〇病院	初 診 年 月 日	平成 〇 年 7 月 10 日
	所 在 地	〇〇市〇〇町〇〇	入 院 外 来 の 別	入 院 (〇 年 7 月 10 日 から) 外 来
そ の 後 転 医 し た 医 療 機 関	名 称		初 診 年 月 日	平成 年 月 日
	所 在 地		入 院 外 来 の 別	入 院 (年 月 日 から) 外 来
加 害 者	住 所	〇〇市〇〇区△△	加 害 者 よ り 賠 償 を 受 け た 内 容 内 訳	なし
	氏 名	〇〇 〇〇		
上記のとおり報告します。				所 属 所 受 付 印
公立学校共済組合岡山支部長 殿 平成 〇 年 7 月 23 日 組 合 員 氏 名 岡 山 太 郎				 
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				支 部 受 付 印
平成 〇 年 7 月 23 日 電 話 番 号 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 所 在 地 △△市〇〇町〇-〇 所 属 所 名 △市立〇〇学校 所 属 所 長 職 氏 名 校 長 〇〇 〇〇				