

自治労連共済 様

事故報告書

支所コード					
支所名					

職員コード									
氏名									

支部・職場名

報告日 年 月 日

契約内容	加入年月日	加入共済名	被害者名	組合員との続柄	性別	事故発生日時		
	年 月 日						年 月 日	午前 午後

事故内容	1.交通事故	2.交通事故以外	発生場所	官庁への届			有() 署)・無		
傷病名			病院名	治療見込	入院通院	日位日位	障害の程度		

事故の原因・発生状況	(具体的に)	通勤中	通勤外
		勤務中	勤務外

相手方の氏名	
住所	☎

事故対応	公務災害・労災		未申請の場合
	申請済み・申請中	未申請	<input type="checkbox"/> 申請への援助を希望 <input type="checkbox"/> これから申請する <input type="checkbox"/> その他

むち打ち症、腰・背痛で他覚症状のないものは交通災害共済給付対象となりませんのでご注意ください