共済組合への提出書類一覧(交通事故以外用)

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

＜記入に関しての注意事項＞

- 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、取付けに時間がかかる書類及び治療中の場合は、その旨をご記入のうえ、他の書類を先に提出してください。
  また、期限内の提出が困難な時は、ご連絡ください。
- 各書類において、過失の度合い（割合）に関係なく、「ご自身(組合員)側が、被害者」、「相手側が、加害者」という立場で記入してください。
- チェック欄に ☑ をしてご提出願います。

No.	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 (交通事故以外用)	□	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 (交通事故以外用)	□	できるだけ詳しく記入してください。 事故の状況や過失割合を判断するうえで、重要な書類です。	○
3	保険加入報告書 (交通事故以外用)	□	「ご自身側(被害者)」及び「相手側(加害者)」の保険加入状況をわかる範囲で書いてください。	○
4	同意書	□	共済組合から、相手側(加害者)の損害保険会社等へ損害賠償請求をする際、医療費の内訳(診療報酬明細書の写し)を添付します。個人情報の提供及び高額療養費等の返還請求に関する、ご本人の同意をお願いします。	○
5	損害賠償承諾書	□	**相手側(加害者)に記入していただく書類**です。 事故等の状況によっては、署名を拒否される場合があります。 その場合は、記入できない理由を書いて提出してください。	○

治療終了後の提出書類

6	第三者加害にかかる 保険診療終了届出書	□	**治療が終了次第、速やかに**共済組合へ送付してください。 添付書類も併せて提出してください。 ※　治療中の場合は、他の書類を先に提出	○

組合員番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

提出枚数 ＿＿＿＿＿＿＿＿ **枚**

組合員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	（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

事故発生年月日	（和暦）　年　月　日	保険診療開始日	（和暦）　年　月　日
被害者氏名（当方）	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	組合員との続柄	
		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）	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名 住所	加害者との関係	他人 ・ 親族
		加害者が親族の際被害者との続柄	
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）	☐ 相手の任意保険から損害賠償を受ける（受けた） ☐ 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） ☐ 自分の任意保険から損害賠償を受ける（受けた） ☐ 自己負担分は自身で負担する（負担した） ☐ 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）
年　月　日

申告者（組合員）　〒
住所

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）

事故発生状況報告書（交通事故以外用）

発生日時		（和暦）　年　月　日　（午前・午後）　時　分頃
発生場所		
当事者	当方氏名	
	負傷部位	頭・頚・背・胸・腹・腕・脚・その他（　）
	傷病名	
	経過	入院・通院・その他（　）
	相手方氏名	
	負傷部位	頭・頚・背・胸・腹・腕・脚・その他（　）
	傷病名	
	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。	
上記の説明を書いてください		

（和暦）

年　月　日

報告者　被害者との関係（　）　氏名　㊞

※ 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） 年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃

【相手方の任意保険】

任意保険	保険会社名 （サービスセンター名）				
	住所		〒		
	担当者			TEL	
	加害者 （相手方）	氏名			
		住所	〒		
	保険契約者	氏名		加害者との関係	
		住所	〒		
	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 （サービスセンター名）			
	住所	〒		
	担当者		TEL	
	保険契約者			
	契約証書番号			

同意書

（受診者氏名）　　（和暦）

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿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）

年　　月　　日

日本郵政共済組合　共済センター長　殿

組合員

住　所

氏　名

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）

＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日に発生した＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）

年　　月　　日

日本郵政共済組合共済センター長　殿

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所

氏名　　㊞

TEL

【本件についてのご意見】※ご意見があればご記入ください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	（和暦）　年　月　日

組合員住所
〒

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

内容記入欄

事故発生年月日	（和暦）　年　月　日				
被害者氏名（当方）	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	生年月日	（和暦）　年　月　日		
		組合員との続柄		性別	男・女
加害者氏名（相手方）	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名				
診療終了年月日 ※1	（和暦）　年　月　日 最終受診医療機関名　（　　）				
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（　　円）	支払者名：			
	☐ 相手の任意保険から全額損害賠償を受けた ☐ 相手の任意保険から過失割合による損害賠償を受けた ☐ 相手から直接全額損害賠償を受けた ☐ 相手から過失割合による直接損害賠償を受けた ☐ 自分の任意保険から全額損害賠償を受けた ☐ 自己負担分は自身で負担した ☐ その他（　　）				
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）