









事 故 速 報

組合員証 記号番号	—	所属機関名			
組合員氏名		当事者本人 氏 名	昭・平・令 年 月 日生	続柄	
事故発生日時	令和 年 月 日 (曜)	午前・午後	時	分	頃
事故の区分	自動車 バイク 自転車 徒歩 その他 ()				
事故発生場所					
相手の車  相手以外 の車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  バイク >  自転車 					
事故の概要			過失割合 (およその%)		
			当 : 相手		
			事故発生時の区分		
			・勤務中 ・通勤時 (行 帰) ・私用時		
警察への届出	有 ・ 無	車両名・車両番号			
当事者本人の負傷状況			治療費負担区分		
			通院		
			入院		
			・共済組合員証使用 ・自費 ・相手者 ・自賠償		
相 手 者 の 状 況	氏名・生年月日	年 月 日生			
	住 所 ・ 職 業	・			
	勤 務 先 ・ T E L	TEL			
	自賠償保険会社名	TEL			
	任意保険会社名	TEL			
車両名・車両番号					

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

長野県市町村職員共済組合 医療福祉課 様

事務担当者

