

課 長	保 健	係

損 害 賠 償 申 告 書

組 合 員 等 記 号 番 号	—	所 属 機 関 名	
組 合 員 氏 名		被 害 者 氏 名	性 別 男・女
			続 柄
加 害 者 の 氏 名 及 び 住 所		事 故 発 生 日 時 及 び 場 所	年 月 日 時
事 故 発 生 状 況	<hr/> <hr/> <hr/>		
被 害 の 状 況 及 び そ の 見 積 額		加 害 者 か ら 受 け た 損 害 賠 償	
<p>上記のとおり申告します。</p> <p style="text-align: center;">栃木県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 組 合 員 氏 名</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名</p>			

※ 事故状況報告書、事故証明書及び同意書を添付してください。