

保健課長	補佐	主幹	担当

損害賠償申告書

様式第21号

組合員証 記号番号	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 年月日	平成	年	月	日		
事故発生 状況											
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;">群馬県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名 ㊟</p>											
<p>1 加害者の氏名及び住所が明らかでないときは、理由を付してその旨を記入してください。</p> <p>2 事故発生状況及び加害者から受けた損害賠償については、できるだけ具体的に詳しく書いてください。</p>										所属所 担当者	㊟