

# 第三者加害報告書

1. 被災職員の職・氏名
  
2. 第三者(加害者)の住所・氏名・職業・生年月日  
〒
  
3. 第三者(加害者が業務中であった場合は所属する事業所、責任無能力者の場合は監督義務者)又は運行供用者の  
名称又は氏名  
所在地又は住所 〒  
事業内容又は職業  
代 表 者(役職) (氏名)
  
4. 災害発生の原因、被災職員及び第三者(加害者)の身体損傷の状況  
原 因：  
被 災 職 員：  
第三者(加害者)：
  
5. 第三者(加害者)側から受けた損害賠償の内容、金額及びその受領年月日
  
6. 第三者(加害者)との示談の内容又は話し合いの状況等  
  
<過失割合に対する意見> 被災職員( )% 第三者(加害者)( )%  
理由：
  
7. 治療費支払いの状況  
(1)病(医)院に待ってもらっている。  
(2)加害者が支払っている。  
(3)自分が支払っている。  
(4)共済(健保)組合員証を使用している。
  
8. 地方公務員災害補償請求の有無  
(1) 加害者(自賠責保険)に対し、損害賠償の請求を  
し ます  
し ました  
必要はありません。 ので補償の  
(2) 先に地方公務員災害補償の給付を要望します。  
(理由)  
ア. 加害者に自賠責保険以外損害賠償を行う資力または誠意がない。  
イ. 不法行為の成立、過失の割合、損害額の話し合いがつかない。  
ウ. 加害者が自賠責保険に加入していない。  
エ. その他 ( )

9. 第三者(加害者)が運転していた車両の  
 種類 登録番号  
 (車両番号)  
 保有者(氏名) (住所)  
 自動車損害賠償責任保険証明書番号 第 号  
 保険契約者(氏名) (住所)  
 (第三者(加害者)と契約者との関係) …… 本人・事業主・親族( )・その他( )  
 保険契約期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日  
 保険会社名

10. 加害者(又は使用者監督義務者)の自動車保険(任意保険)加入の有無  
 対人 保険金額  
 有 無  
 対物 保険金額  
 自動車保険証券番号 第 号  
 保険契約者(氏名)  
 (第三者(加害者)と契約者との関係) …… 本人・事業主・親族( )・その他( )  
 保険契約期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日  
 保険会社名

11. 被災職員の人身傷害補償保険加入の有無  
 人身傷害補償保険に …… 加入している ・ 加入していない  
 自動車保険証券番号 第 号  
 保険会社名  
 人身傷害補償保険金の請求の有無 …… 無 ・ 有  
 人身傷害補償保険金の支払いを受けている場合は、その金額及び受領年月日  
 (金額) 円 (受領年月日) 年 月 日

地方公務員災害補償法施行規則第47条の規定により届け出ます。

平成 年 月 日

地方公務員災害補償基金岡山県支部長 殿  
 所 属  
 氏 名 印

所  
属  
長  
の  
証  
明

上記の記載内容は事実と相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所属長の職・氏名

印