

## 第三者行為災害届

1. 被災職員の職・氏名 ○○市○○部○○課  
○○ 岡山 太郎
2. 加害者の住所・氏名・職業・生年月日 ○○市○○町○○番地  
○○○○ S○○年○月○日生  
○○株式会社 勤務
3. 加害者の所属する事業所または加害者が責任無能力者の場合は監督義務者の  
名称または氏名 ○○株式会社  
所在地または住所 ○○市○○町○○番地  
事業内容または職業 ○○製造業  
代 表 者 (役職) 代表取締役社長 (氏名) ○ ○ ○ ○
4. 事故の原因と被害の状況  
原因：○○○○がわき見運転のため岡山太郎の普通乗用車に追突した。  
被害：岡山太郎が頸椎捻挫、双方の車両の損傷
5. 加害者側から受けた損害賠償の内容、金額およびその受領年月日  
なし
6. 示談の内容またはその話し合いの状況  
加害者が全ての損害を賠償することで話し合いを進めている。
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（~~しました~~）<sup>（します）</sup>ので補償の必要はありません。  
(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. 加害者が運転していた車両の

種類 **小型乗用車** 登録番号 **岡〇〇** 車体番号 **〇〇〇〇〇**  
(車両番号) **〇, 〇〇〇〇**  
保有者の住所・氏名 **〇〇市〇〇町〇〇番地** **〇 〇 〇 〇**  
自動車損害賠償責任保険証明書番号 第 **〇〇〇〇〇〇〇** 号  
保険契約者名 **〇 〇 〇 〇**  
保険契約期間 自 平成**〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日 至 平成**〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日  
保険会社名 **〇 〇 〇 〇**

10. 加害者（または使用者監督義務者）の自動車保険（任意保険）加入の有無

有  無  
対人 保険金額 **〇〇〇〇万円**  
対物 保険金額 無  
保険証明書番号 第 **〇〇〇〇〇〇〇** 号  
保険契約者名 **〇 〇 〇 〇**  
保険契約期間 自 平成**〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日 至 平成**〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日  
保険会社名 **〇 〇 〇 〇**

11. 被災職員の人身傷害補償保険の加入の有無

人身傷害補償保険に ……  加入している ……  加入していない  
保険証明書番号 第 **〇〇〇〇〇〇〇** 号  
人身傷害補償保険の請求の有無 ……  無 ・  有  
人身傷害補償保険の支払いを受けている場合は、その金額およびその受領年月日

地方公務員災害補償法施行規則第47条の規定によりお届けします。

平成 **〇〇** 年 **〇〇** 月 **〇〇** 日

地方公務員災害補償基金岡山県支部長殿

所 属 **〇〇市〇〇部〇〇課**

氏 名 **岡 山 太 郎**



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 〇〇 月 〇〇 日 **〇〇市〇〇部〇〇課**

所属長の職・氏名 **課長** **〇 〇 〇 〇**

