

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
する必要はありません。 しました
ので補償の
しました
(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 年 月 日 至 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 年 月 日 至 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。

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。

年 月 日

所属長の職・氏名

印