

第三者加害行為現状（結果）報告書

平成 年 月 日

地方公務員災害補償基金岡山県支部長 殿

被災職員 所 属
氏 名

㊟

平成 年 月 日付けで認定を受けた公務（通勤）災害に対する損害賠償請求等の状況を下記のとおり報告します。

記

1 認 定 番 号		
2 災 害 発 生 年 月 日		
3 治 ゆ 年 月 日		
4 後遺障害(見込)の有無		
5 加 害 者 の 住 所 ・ 氏 名 生 年 月 日 同 僚 か 否 か	(年 月 日生) 同僚(所属・職)・同僚以外	
6 示談交渉の状況（※未締結の場合は必ずその理由、概要を記入すること）		
示 談 締 結	成 立 年 月 日	平 成 年 月 日
	示 談 内 容	別紙示談書のとおり
未締結理由 (いずれかに○をする)		
(1) 加害者と交渉中 (経過を右欄に)	-----	
(2) 交 渉 不 能 (経過を右欄に)	-----	
(3) そ の 他	-----	
未解決となっ ている理由、今後 の予定等を右欄 に	-----	

7 治療費の支払状況	・支払済額	_____	円
	・負担者内訳（概要項目を○で囲むこと）		
	(1) 自分で負担	_____	円
	(2) 加害者で負担	_____	円
	(3) 自賠責で負担	_____	円
	(4) 任意保険で負担	_____	円
	(5) 基金で負担	_____	円
	(6) 共済組合で負担	_____	円
(7) () で負担	_____	円	

8 損害賠償の状況							
項 目	金 額	受領の状況			賠償者		
		済	請求中	未請求	加害者本人	保険会社 (自賠責保 険など)	その他(具体的に)
(1) 治療費							前記7 記載のと おり
(2) 休業補償費							
(3) 障害補償費							
(4) 慰謝料							
(5) 物損							
(6) その他							
計							
内損害賠償請求額		受領年月日			年 月 日		
<p>上記のとおり相違ないことを認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属長 職</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>							

〔注意事項〕

この報告書は、賠償先行（加害者に損害賠償の請求）、補償先行（基金への補償請求）にかかわらず報告しなければなりません。

- 1 被災職員の氏名欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。
- 2 提出時期
 - (1) 災害発生日から6か月経過して示談が成立しない場合は6か月経過するごとに。
 - (2) 示談が成立したとき。
 - (3) 治ゆしたとき。