

第三者加害行為現状(結果)報告書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金
兵庫県支部長 様

被災職員 所属
氏名

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	年 月 日		
3 治ゆ年月日	未治ゆ(見込 年 月ごろ) 治ゆ(年 月 日)		
4 後遺障害(見込み)の有無	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			
示談締結	成立年月日	年 月 日	
	示談内容	別添示談書のとおり	
未締結理由 (何れかに○をする)			
(1)加害者と交渉中 (経過を右欄に)			
(2)交渉不能 (理由を右欄に)			
(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)			

(裏面)

7 治療費の支払い状況	・所要額	円

	・負担者内訳(該当項目を○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			賠償者区分		
		済	請求中	未請求	加害者本人	自賠責	その他(具体的)
①治療費							前記7記載のとおり
②障害補償費							
③慰謝料							
④休業補償費							
その他							
計							

内損害賠償請求額 受領完了年月日 年 月 日

上記のとおり相違ないことを認めます。

令和 年 月 日

所属長 職 _____

氏名 _____

(注意事項)

- 提出時期
- 1 損害発生日から6か月経過して示談が成立していない場合は6ヶ月経過ごとに
 - 2 示談が成立したとき
 - 3 治ゆしたとき