

第三者加害行為現状（結果）報告書

年 月 日
地方公務員災害補償基金 大分県支部長 殿
被災職員 所属 氏名
年 月 日 付で認定を受けた(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)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(※未締結の場合は必ずその理由を記入すること)		
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 (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 (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〕	

7 治療費の支払状況	・所要額	_____	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) 自賠償で負担	_____	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	自賠償	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							
(5)物損							
(6)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。

年 月 日

所属長 職

氏名

(注意事項)

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