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 します 　(1) 加害者(自賠責保険)に対し，損害賠償の請求を ので補償の しました 　　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．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 |