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 |