

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岡山県支部長 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 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 3 治 ゆ 年 月 日 | 未治ゆ（見込 年 月ころ） | 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、概要を記入すること） | | |
| 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 （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〕

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（基金へ補償請求）にかかわらず報告しなければなりません。

○ 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) 治癒したとき。