

第三者加害行為現状（結果）報告書

平成30年11月30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 ○○市 市民課
氏名 基金 太郎 印

平成30年6月15日 付けで認定を行った公務（通勤）災害に対する損害賠償請求の状況を下記のとおり報告します。

記

1 認定番号	18-xxxxxx	
2 災害発生日	平成30年5月29日	
3 治癒年月日	未治癒（見込 31年5月頃）治癒（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	xx市xxx1-2 加害 花子 （昭和58年1月23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	平成一年 月 日 未成立
	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）	平成30年5月29日の事故発生後、平成30年6月20日に物損に係る示談を行った。 現時点で、怪我の治療を継続しており、人身に係る示談は未締結である。 加害者の保険会社とは、今後、怪我が治癒し、治療費が確定した後に、示談を締結する方針で話がまとまっている。 過失割合は当方20、相手方80で合意しており、治療費については自賠責から全額が支払われる見込み。	
(1)加害者と交渉中 （経過を右欄に）	■次のようなことを記入してください。 ・示談の状況（物損・人身） ・加害者（保険会社等）との交渉内容 過失割合、金額等で合意した点、争いのある点など ・今後の見込み ・その他 ※保険会社から書類等が送付されている場合、写しを別紙として添付して、記入を一部省略していただいても差し支えありません。	
(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	532,000円
	・負担者内訳（該当項目を○で囲むこと）	
	(1) 自分で負担	2,000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	530,000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		受領の状況			賠償者		
項目	金額	済	請求中	未請求	加害者本人	保険会社	その他
						(自賠責保険など)	(具体的に)
(1) 治療費	532,000	○				530,000	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	150,000						
(6) その他							
計	682,000						
内損害賠償請求額							
				受領年月日		年 月 日	

保険会社から送付された賠償金額の明細書等を既に受領している場合は、写しを添付してください。
その場合、7及び8の記入は省略して差し支えありません。

上記のとおり相違ないことを認めます。

平成 30 年 11 月 30 日

所属長 職 市民課長
 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。
- 1 被災職員の氏名の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。
 - 2 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。