支部様式第２２号

|  |
| --- |
|  **第三者加害報告書（公務災害・通勤災害）** **（交通事故・交通事故以外）** 　地方公務員災害補償基金京都府支部長　様 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。 　　　　　　　　　　　　　請求者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 １**被災職員**　所属　　　　　　　　　　　 　　氏名　　　　　　　　　　　 　生年月日 　　　　　　　　　生　 **２　災害発生** 　　　日　　時 　　　　年　　月　　日　午前　　時　　分頃 後 場　　所 　　　　　　　　　　  発生状況 （被災職員・加害者の行動、災害発生の原因と周囲の状況をわかりやすく記入してください。現場見取図を添付して下さい。） 　　　災害を目撃した人がいる場合には記載して下さい。 　　　　氏　名　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　目撃時の状況 **３　第三者（加害者、交通事故の場合は運転者）** 　　※　加害者不明の場合にはその旨を記入して下さい。 　　　　 生年月日　　　　　　　生　年齢　　　歳　 住　所 電話　　　　　　　　 　 職　業（勤務先）　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
|  **４　第三者又は運行供用者（加害者が所属する事業所、加害者の親権者・監督義務者等）** 　　名称又は氏名　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　 　　所在地又は住所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業の内容又は職業 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　 代表者（役職） 氏名　　　　　　　　　 　　　　　 **５　災害調査を行った警察署又は交番の名称** 　　　　　　　　　　　　　警察署　　　　　　　　　　　係（交番） **６　身体損傷等** |
|  区　分 |  被災職員 |  第三者（加害者） |
|  部位、傷病名 |  |  |
|  程　度 |  |  |
|  診療機関名 |  |  |
|  所在地 |  |  |
|  治療費の負担 （予　定） | ・加害者払い・自賠責保険被害者請求・被災職員の人身傷害補償保険・基金による補償先行　補償先行の理由・その他（　　　　　　　　　　） |  ・加害者自己負担 ・当方（被災職員）負担 ・当方（　 〃　）自賠責保険 ・当方（　 〃　）任意保険 ・その他（　　　　　　　　　） |
|  |
|  **７　自動車損害賠償責任保険（第三者加入の保険）** |
|  第三者（加害）車両 |  （車種） （登録番号） |
|  証明書番号 |  |
|  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（　　）・友人・知人・その他（　　） |
|  保険契約期間 |  自 　　　　年　　月　　日 至 　　　　年　　月　　日 |
|  保険会社 |  （会社名）　　　　　　　（管轄店） （担当者名） 　　　　℡ 　　　　　　　　　　　 |
|  保険会社の管轄店所在地 |  〒　　　　　　　 |
|  自動車の保有者 |  |  運転者と保有者 又は使用者 との関係 |  |
|  自動車の使用者 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  **８　任意保険（第三者加入の保険）** |  保険金額 |  |  |
|  第三者（加害）車両 |  （車種） （登録番号） |
|  保険証券番号 |  |
|  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（　　）・友人・知人・その他（　　） |
|  保険契約期間 |  自 　　　　年　　月　　日 至 　　　　年　　月　　日 |
| 保険会社 |  （会社名）　　　　　　　（管轄店） （担当者名）　　 ℡　　　　　　　　　　　 |
|  保険会社の管轄店所在地 |  〒　　　　　　　 |
|  **９　人身傷害補償保険（被災職員及び家族加入の保険）** 　　※　加入している任意保険証券の写しを添付して下さい。 | 保険金額 |  |
|  加入の有無 |  　加入している・加入していない |
| 保険会社 |  （会社名）　　　　　　　（管轄店） （担当者名）　　 ℡　　　　　　　　　　　 |
|  保険会社の管轄店所在地 |  〒　　　　　　　 |
|  保険証券番号 |  |
|  保険契約者 |  （氏名） （住所） |
|  請求の有無 |  無・有 |
| 保険金受領の有無 |  無・有（　　　　　　　　円） 受領日　　　　　年　　月　　日 |
|  **１０　示談について** 　　　　示談が成立した・交渉中・示談はしない・示談をする予定・裁判の見込み・未定・交渉中の場合その状況等 　　　上記の状況 **１１　被災職員が考える過失割合** 被災職員　　　　％　、第三者（加害者）　　％  上記の理由 |

|  |
| --- |
|  **１２　損害賠償の受領** 　　　※　基金の補償額の算定に重要です。 　　　　　　故意に虚偽の申告をした場合には、補償費の返還を命ずることがあります。 　　　受領した・受領していない |
|  | 受領年月日 | 金額又は品名 | 名　　目 | 受領年月日 | 金額又は品目 | 名　　目 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  　保険金又は損害賠償額の請求 　・保険金（損害賠償額）請求の有無　　　有　・　無 ・保険金（損害賠償額）の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額 　　　及びその年月日 　　　　氏　名　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　年　　　月　　　日 　　・支払いを受けた保険会社 　　　　保険会社名　　　　　　　　　　管轄店　　　　　　　　　　　　 　　　　担当者名　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　 |
|  　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　　　　　　　　　　　　　　 職・氏名　　　　　　　　　　　　　　 |

(注) １　公務災害・通勤災害のいずれか及び交通事故・交通事故以外のいずれか該当するもの　　 　 に○をしてください。

　　 ２　認定請求時に、誓約書及び事実確認書（取れない場合は未提出理由書）とともに提出

してください。

　　 ３　第三者（加害者）と示談を行う場合は、その内容等について、あらかじめ地方公務員　　　 災害補償基金京都府支部に必ず相談してください。示談内容によっては補償の額に重大　　　 な影響があります。

　　 ４　基金による補償先行を希望する場合は、必ずその理由を付し、参考資料があれば添付　　　 して下さい。