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。