

### 第三者加害行為現状(結果)報告書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長 様

被災職員 所属

氏名 ㊟

令和 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	(認定通知書参照)	2 災害発生日	令和 年 月 日
--------	-----------	---------	----------

3 治ゆ状況	未治ゆ (治ゆ見込み 年 月頃) / 治ゆ (治ゆ年月日 年 月 日)
--------	-------------------------------------

4 後遺障害(見込み)の有無	無 / 有 (障害の程度: )
----------------	-----------------

5 加害者に関する事項	住所		
	氏名 (生年月日)	( 年 月 日生)	
	<input type="checkbox"/> 同僚(所属及び職名) ) <input type="checkbox"/> 同僚以外		

6 示談交渉の状況 (該当項目にレ印)
---------------------

<input type="checkbox"/> 示談締結	締結年月日	平成 年 月 日
-------------------------------	-------	----------

	示談内容	別添示談書のとおり(示談書及び賠償内訳の写しを添付)
--	------	----------------------------

<input type="checkbox"/> 示談未締結	
〈未締結の理由〉	
<input type="checkbox"/> 加害者と交渉中 (経過を右欄に。示談案が提示されているのであれば、当該案を添付)	
<input type="checkbox"/> 交渉不能 (理由を右欄に)	
<input type="checkbox"/> 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	所要額	円
	-----	
	負担者内訳 (該当項目にレ印)	
	<input type="checkbox"/> 自分で負担	円
	-----	
	<input type="checkbox"/> 加害者で負担	円
	-----	
	<input type="checkbox"/> 自賠責で負担	円
-----		
<input type="checkbox"/> 任意保険で負担	円	
-----		
<input type="checkbox"/> 基金で負担	円	
-----		
<input type="checkbox"/> 共済組合等で負担	円	
-----		
<input type="checkbox"/> ( )で負担	円	
-----		

8 損害賠償の状況

項目	金額	受領の状況 (該当箇所にも印)			賠償者区分 (該当箇所にも印)		
		済	請求中	未請求	加害者本人	自賠責	その他(具体的)
治療費							前記7記載のとおり
通院費							
損害補償費							
慰謝料							
休業補償費							
物損							
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。

令和 年 月 日

所属長 職

氏名 (印)

(注意事項)

提出時期

- 1 災害発生日から6ヶ月を経過して示談が成立していない場合は6ヶ月経過すること
- 2 示談が成立したとき
- 3 治ゆしたとき