

第三者加害に関する報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金群馬県支部長 様

報告者職・氏名 _____
(所属長)

下記のとおり報告します。

被災職員氏名			所属部局			
災害発生日時	年 月 日 ()		午前・午後	時	分頃	
災害発生場所						
目撃者 (同僚の場合は TEL記入不要)	氏名		勤務先等		TEL	- -
	氏名		勤務先等		TEL	- -

第三者に関する事項	第三者 (加害者) ※ 不明の場合にはその旨を記入
	住所 〒 _____ TEL _____ ふりがな 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)
	勤務先、学校 _____ <input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 業務外
	勤務先 (雇用主) ※ 加害者が業務中であった場合に記入
	所在地 〒 _____ TEL _____
	名称 _____ 代表者名 _____
	親権者等 ※ 加害者が未成年者の場合は親権者、精神障害者の場合は監督義務者を記入 また、この場合、加害者の責任能力の有無を判断するため、その参考となる資料を添付 (加害者が小学生以下の場合には不要)
住所 〒 _____ TEL _____ 氏名 _____ 続柄 _____	

自動車保険に関する事項	1 被災職員自身の人身傷害補償保険について
	<input type="checkbox"/> 加入している 治療費を <input type="checkbox"/> 請求している <input type="checkbox"/> 請求する予定 <input type="checkbox"/> 請求しない ※ 「請求している」「請求する予定」を選択した場合、以下も記入 保険会社名 _____ TEL _____ 担当者部署・氏名 _____ 証券番号 _____ <input type="checkbox"/> 加入していない

※ 交通事故事案のみ記載

2 加害車両の自動車損害賠償責任保険（共済）について

保険会社(共済)名		保険証明書番号	
車種		登録番号	
車台番号			
保険契約者	(契約者名)	(住所)	(TEL) _ _
第三者（加害者）と保険契約者との関係 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		
加害車両の保有者	(保有者名)	(住所)	(保険契約者との関係)

3 加害者の任意保険について

保険会社(共済)名		保険証券番号	
保険契約者	(契約者名)	(住所)	(TEL) _ _
第三者（加害者）と保険契約者との関係 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		
対人賠償限度額	<input type="checkbox"/> 無制限 <input type="checkbox"/> 限度額有（ 万円）		

2・3のうち、請求先（交渉相手）となる保険会社に関する情報

2(自賠償) 3(任意) 住所 千

担当者部署・氏名 _____ TEL _____

第三者等との交渉の状況

話合いの進捗状況及び概要	
損害賠償等の状況	(第三者から損害賠償金又は見舞金(品)等を既に受領した場合、その内容を記載)
過失割合	(被災職員の考え又は保険会社等に提示された割合を記載) 被災職員（ ）% 第三者(加害者)（ ）% 理由 _____ _____

補償に関する事項

治療費の取扱いについて、以下から選択してください。

第三者（が加入する保険等）による対応が可能であり、基金に請求しない。
 以下の理由により、第三者から受けるべき損害賠償に先行して、基金の補償を受けることを希望する。

第三者に損害賠償請求に応じる資力がないため
 第三者が所在不明又は特定できないため
 被災職員の過失割合が高く、相手方保険会社から全額の損害賠償を受けられない可能性があるため
 その他 _____

※ 補償先行を希望する場合、「念書」及び「確約書」を添付