第三者加害行為現状（結果）報告書

認定番号

　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金長野県支部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属団体・部局名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　被 災 職 員 氏 名

　　年　　月　　日付け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 |  |
| 2 | 災害発生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 3 | 治ゆ年月日 | 未治ゆ（治ゆ見込　　年　月ころ）・治ゆ（　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 | （　　年　　月　　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 | 　　年　　月　　日 |
| 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）1. 加害者と交渉中

（経過を右欄に）1. 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 | ・所要額　　　　　　　 　　　　　　　　　　円・負担者内訳（概要項目を○で囲むこと）1. 自分で負担　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
| 項　　目 | 金　　額 | 受領の状況 | 賠償者区分 |
| 済 | 請求中 | 未請求 | 加害者本人 | 自賠責 | その他(具体的に) |
| (1)治療費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (2)休業補償費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (3)障害補償費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (4)介護補償費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (5)遺族補償費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (6)葬祭補償費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (7)慰謝料 |  |  |  |  |  |  |  |
| (8)物損 |  |  |  |  |  |  |  |
| (9)その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |
| 内損害賠償請求額 |  | 受領年月日 | 年　　月　　日 |

 〔注意事項〕

　1　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。

2　年月日の記載には元号を用いる。