

第三者加害報告書例

(記入例)	<p>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)</p>	} 選択
<p>地方公務員災害補償基金茨城県支部長 殿</p> <p style="text-align: right;">令和5年12月27日</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">請求者 住所 茨城県A市B1-2-3 氏名 基金 次郎</p>		
1 被災職員について記載してください。		
所属	A市〇〇部〇〇課	氏名 基金 次郎
生年月日	平成4年4月10日生	
2 災害発生状況について記載してください。		
日時	令和5年12月 1日 午前 午後 10時00分頃	
場所	A市 〇〇道路 交差点	
災害発生状況(被災職員・加害者の行動、災害発生の原因と周囲の状況をできるだけ詳しく記入してください。なお、現場見取図を添付してください。)		
(概要)		
<p>認定請求の災害発生の状況欄に記載した内容以外に、記すべき内容があればこの欄に記載ください。</p>		
災害を目撃した人がいる場合には記載してください。		
目撃者の氏名	住所	
目撃時の状況	<p>該当者不在の場合は、「該当者不在」と記載してください。</p>	
3 第三者(加害者)(加害者不明の場合にはその旨を記入してください。交通事故の場合は運転者。)について記載してください。		
氏名	水戸 花子 (30才)	
住所	C市D4-5-6番地	電話 必須! 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
職業(勤務先)	〇〇建設株式会社	電話 必須! 090-△△△△-△△△△
4 第三者(加害者が業務中であった場合は所属する事業所、未成年者の場合は親権者、精神病患者の場合は監督義務者を記載してください。)又は運行供用者について記載してください。		
名称又は氏名	〇〇建設株式会社	電話 必須! 090-□□□□-□□□□
住所	C市 D7-8-9番地	
事業の内容又は職業	建設業	
代表者(役職)	代表取締役 (氏名) 建設 太郎	
5 災害調査を行った警察署又は交番の名称を記載してください。		
茨城 警察署	交通 係(交番)	
6 交通事故の場合、加害車両の自動車損害賠償責任保険(共済)について記載してください。(※必須)		
加害車両(車種)	(メーカー名) ADバン (登録番号) 111 あ 水戸 1111	
自賠償保険証明書番号	※自賠償保険証明書、自賠償保険満期のお知らせ等のハガキに記載	
保険契約者(氏名)	〇〇建設株式会社	(住所) C市D7-8-9番地
第三者(加害者)と保険契約者との関係……	事業主・親族()・友人・知人・その他(従業員)	
保険契約期間……	自 年 月 日 至 年 月 日	
保険会社名	東京保険株式会社	電話 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
担当者名	保険 太郎	
保険会社住所	E市1-1-1番地	

7 交通事故の場合、加害者の任意保険について記載してください。(※必須)

自動車保険証券番号 **※保険証券や契約更新ご案内等のハガキ等に記載**

保険契約者(氏名) **水戸 花子**

第三者(加害者)と保険契約者との関係……事業主・親族()・友人・知人・その他(**本人**)

保険契約期間……自 年 月 日 至 年 月 日

保険会社名 **〇〇保険株式会社** 電話 **029-〇〇〇-〇〇〇〇**

担当者名 **保険 次郎**

保険会社住所 **F市1-1-1番地**

8 保険金の請求等について記載してください。

保険金(損害賠償額)請求の有無……有 **無**

有の場合の請求方法……イ 自賠責保険(共済) 単独
ロ 自賠責保険(共済)と任意保険との一括払

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
氏名
金額 円
受領年月日 年 月 日

保険契約者(氏名)
保険会社名 電話
担当者名
保険会社住所

被災職員(又は被災職員が加入している保険会社)が、事故相手(又は事故相手の加入している保険会社)に対して、賠償金を請求したか、否か。

また支払いを受けた場合はその金額を記載する。

9 あなた(被災職員)の人身傷害補償保険について記載してください。

人身傷害補償保険に……加入している **加入していない**

自動車保険証券番号:
保険会社名 電話
担当者名

人身傷害補償保険金の請求の有無 無・有

人身傷害補償保険金の支払いを受けている場合は、受けた金額及びその
円 年 月 日

被災職員が加入している任意保険に「人身傷害補償」が含まれているか否か。含まれている場合、その保険会社名・住所・電話番号、保険金支払い(予定)の有無を記載すること。(必須!)

支払い有の場合、金額及び内容。

10 身体損傷について記載してください。

区分	被災職員	第三者(加害者)
部位・傷病名	診断書に基づき記載 (以下同じ)	状態を適宜記載
程度		
診療機関名		
診療機関住所		

11 損害賠償の受領額について記載してください。(※必須)

現在までに事故に関して基金以外の者から金品を……受領した・受領の予定・**受領していない**

上の質問で、受領したあるいは受領の予定と答えた場合には、いつ、だれから、なにを、いくらもらったかを記入してください。(基金の補償額の算定に重要です。また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ので注意してください。)

受領年月日	金額又は品名	支払者	名目	受領年月日	金額又は品名	支払者	名目

12 第三者との話し合いの状況について記載してください。(※必須)

現在相手方(加害者)と……示談する段階ではない・示談中・示談をする予定・示談が成立した・示談はしない
その他()

上記の状況等を記載してください。

記入欄不足の場合は、別紙に記載

13 過失割合について、あなたはどのように考えるか記載してください。(※被災職員の判断で記入)	
被災職員()%	第三者(加害者)()%
その理由	
14 治療に係る地方公務員災害補償基金(基金)への補償請求の有無について記載してください。(※必須)	
治療費を基金へ請求しますか。(イ～ハを選択してください。)	
<input checked="" type="checkbox"/> イ 基金へ請求しない(全額第三者へ請求する。)	} ※選択
<input type="checkbox"/> ロ 一応基金へ請求しない(第三者が支払った残りを請求する。)	
<input type="checkbox"/> ハ 基金へ請求する	
上記請求方法を選択した理由を具体的に記載してください。	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0f0ff;"> ※必須 上記でハを選択した場合は、別紙「補償先行申出書」を本書に合わせて提出。 </div>	
所属長の証明欄	
上記の記載内容は事実と相違ないことを証明します。	
令和5年12月27日 所 属 A市〇〇部□□課 職・氏名 課長 ×× ××	

- 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 災害発生後、念書及び確約書(確約書が取れない場合は、不提出理由書)と共に速やかに提出してください。
- 3 第三者(加害者)と示談(和解)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〇〇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のでご注意願います。
- 4 年月日の記載には元号を用いる。