

# 第三者加害行為現状（結果）報告書

○年 ○月 ○○日

地方公務員災害補償基金

栃木県支部長 殿

被災職員 所属 ○○市○○課

氏名 栃木 太郎

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	○○ - ○○○	
2 災害発生年月日	○年 ○月 ○○日	
3 療養期間	○年 ○月 ○○日 ~ <u>○年 8月 27日</u>	
4 治癒年月日	未治癒（見込 年 月頃） 治癒（ <u>○年 8月 27日</u> ）	
5 休業期間	○年 ○月 ○○日 ~ ○年 ○月 ○○日	
6 後遺障害（見込）の有無	有 ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span>	
7 加害者の氏名	○○ ○○	
8 示談交渉の状況		
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) (2) 交渉不能 (理由を右欄に) (3) その他 { 未締結となっている理由、今後の予定等を右欄に }	<p style="color: red; margin: 0;">基金補償分については、加害者側が基金の請求に応じる</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	

一致する

9 治療費の支払い状況	・支払済額 <span style="float: right;">785,000円</span> ・負担者内訳（該当項目を○で囲む） (1) 自分で負担 <span style="float: right;">円</span> (2) 加害者で負担 <span style="float: right;">円</span> (3) 自賠責で負担 <span style="float: right;">円</span> (4) 任意保険で負担 <span style="float: right;">785,000円</span> (5) 基金で負担 <span style="float: right;">円</span> (6) 共済組合で負担 <span style="float: right;">円</span> (7) ( ) で負担 <span style="float: right;">円</span>
-------------	---

10 損害賠償の状況							
項目	金額	受領の状況			賠償者		
		済	請求中	受領年月日	加害者本人	保険会社	その他(具体的に)
(1)治療費	785,000	785,000				〇〇損保	
(2)休業補償費							
(3)障害補償費							
(4)遺族補償費							
(5)葬祭費							
(6)慰謝料	415,000	415,000				〇〇損保	
(7)物損							
(8)交通費							
(9)その他							
計	1,200,000						
内損害賠償請求額		受領完了年月日			〇年 〇月 〇〇日		
過失相殺の有無	<input type="checkbox"/> 有	%の過失			<input checked="" type="checkbox"/> 無		

(注意事項)

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ていない場合は6か月経過するごとに
- 2 治ゆしたとき
- 3 示談成立後