

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)

地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿

〇年 〇月 〇日

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。

請求者 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地
氏名 栃木 太郎

1 被災職員について記載してください。

所属 〇〇市〇〇課	氏名 栃木 太郎	生年月日 昭和 5 2 年 5 月 7 日生
-----------	----------	------------------------

2 災害発生状況について記載してください。

日時 〇〇年 〇月 〇日 午前・午後 〇時 〇分頃
場所 〇〇市〇〇町〇〇番地 県道〇〇号線交差点

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) センターラインのある道路の交差する信号のない交差点を普通乗用自動車で時速15kmで直進していたところ、右方より時速25kmで進入してきた加害者車両(普通貨物自動車)に出会い頭に衝突した。
加害者は、一時停止標識があるにも関わらず、十分に減速せず、交差点で左方からくる車両に気付き、急ブレーキを踏んだ。道路幅員 被災職員側 7. 4 m 加害者側 7 m
※現場見取図を添付してください。

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 〇〇 〇〇	住所 〇〇市〇〇町〇〇番地
目撃時の状況 被害車両に後続して通行していたところ、右方から加害車両が追突するのを目撃した。	

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 〇〇 〇〇 (〇〇才)	
住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号 〇〇荘〇号室	電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
職業(勤務先) (株)〇〇〇運輸	電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

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 (株)〇〇〇運輸	電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号	
事業の内容又は職業 運送業	
代表者(役職) 代表取締役社長 (氏名) 〇〇 〇	

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。

宇都宮中央警察署 〇〇係(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。

加害車両(車種) 普通貨物自動車	(登録番号) 宇都宮〇〇〇△〇〇〇〇
自賠責保険証明書番号 〇〇-〇〇〇〇〇〇	
保険契約者(氏名) (株)〇〇〇運輸 代表取締役社長 〇〇 〇 (住所) 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号	
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())	
保険契約期間……自 〇〇年 〇月 〇日 至 〇〇年 〇月 〇日	
保険会社名 〇〇火災海上保険(株)	電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
担当者名 〇〇損害サービスセンター 〇〇課 〇〇	
保険会社住所 〇〇〇市〇〇 〇丁目〇番〇号 〇〇ビル〇階	

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。							
自動車保険証券番号 〇〇-〇〇〇〇〇〇							
保険契約者(氏名) (株)〇〇〇運輸 代表取締役社長〇〇 〇							
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()							
保険契約期間……自 〇〇年 〇月 〇日 至 〇〇年 〇月 〇日							
保険会社名 〇〇火災海上保険(株) 電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇							
担当者名 〇〇損害サービスセンター 〇〇課 〇〇							
保険会社住所 〇〇〇市〇〇 〇丁目〇番〇号 〇〇ビル〇階							
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、金額及びその年月日							
氏名 栃木 太郎							
金額 〇〇〇, 〇〇〇円							
受領年月日 〇〇年 〇月 〇日							
保険契約者(氏名) (株)〇〇〇運輸 代表取締役社長〇〇 〇							
保険会社名 〇〇火災海上保険(株) 電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇							
担当者名 〇〇損害サービスセンター 〇〇課 〇〇							
保険会社住所 〇〇〇市〇〇 〇丁目〇番〇号 〇〇ビル〇階							
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 〇〇-〇〇〇〇〇〇							
保険契約者(氏名) 〇〇 〇〇							
保険会社名 〇〇火災海上保険(株) 電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇							
担当者名 〇〇損害サービスセンター 〇〇課 〇〇							
保険会社住所 〇〇〇市〇〇 〇丁目〇番〇号 〇〇ビル〇階							
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年月日							
円 年 月 日							
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	右鎖骨骨折			頸椎捻挫			
程 度	全治2ヶ月			全治6週間			
診療機関名	〇〇病院			〇〇整形外科			
診療機関住所	〇〇市〇町〇〇〇			〇〇市〇〇町〇〇			
11 損害賠償の受領額について記載してください。							
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
22.1.22	735,678円	〇〇損保	治療費				

