

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 熊本県 支部長 殿

平成 〇〇 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。〒000-0000

請求者 住所
氏名

〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇〇号室

熊本 太郎



1 被災職員について記載してください。

所属 〇〇市 氏名 〇〇町 生年月日 〇〇年 〇月 〇日生

2 災害発生状況について記載してください。

日時 平成〇〇年 〇月 〇日 午前・午後 〇時 〇分頃

場所 熊本市中央区水前寺6丁目18-1 熊本県庁正門前付近

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)

信号機のない交差点を直進していたところ、交差点の左側から乗用車が一時停止をせずに右折してきたため、急ブレーキをかけたが間に合わず、相手車輛の右側面に衝突した。

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

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 肥後 一郎 (〇〇才)

住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇〇号室 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

職業(勤務先) (有) 〇〇印刷 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 電話

住所

事業の内容又は職業

代表者(役職) (氏名)

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。

〇〇 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) 普通乗用車 トヨタカローラ (登録番号) 熊本〇〇 あ 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) 肥後 一郎 (住所) 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇〇号室

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 平成〇〇年 〇月 〇日 至 平成〇〇年 〇月 〇日

保険会社名 〇〇損害保険株式会社 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

担当者名 (管轄店) 〇〇支店 鈴木様

保険会社住所 〒000-0000 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 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) **肥後 一郎**
 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 **平成〇〇年 〇月 〇日** 至 **平成〇〇年 〇月 〇日**
 保険会社名 **〇〇損害保険株式会社** 電話 **〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇**
 担当者名 **(管轄店) 〇〇支店 田中様**
 保険会社住所 **〒000-0000 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 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
 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

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
 人身傷害補償保険金の請求の有無 有・無
 人身傷害補償保険金の支払を受けている場合は、受けた金額及びその年月日
 円 平成 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	頭部打撲 腰部捻挫	右頬部挫創 右前腕骨骨折
程度	1ヶ月	3ヶ月
診療機関名	〇〇〇病院	〇〇整形外科
診療機関住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

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
	200,000円	〇〇損保(株)	感謝料				

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。

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。

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(20)%	第三者(加害者)(80)%
その理由 一時停止規制違反がある加害者の過失が高くなる。また、一方で本人にも軽度の前方不注視が認められた。	
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。	
治療費を基金へ請求しますか。(イ～ハを選択してください。)	
……イ 基金へ請求しない(全額第三者へ請求する。)	
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 checked="" type="radio"/> 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。	
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。	
平成 ○○年 ○月 ○日	
所属	○○市 ○○部
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、誓約書及び事実確認書(事実確認書が取れない場合は、未提出理由書)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熊本県支部に必ず相談してください。示談内容によっては補償額に重大な影響がありますのでご注意願います。