

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山形県支部長 殿

平成**29**年**2**月**4**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 **〇〇市〇〇町一丁目2-1**
氏名 **山形 花子** ㊞

1 被災職員について記載してください。

所属 **〇〇市立病院** 氏名 **山形 花子** 生年月日 **昭和58年10月20**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**29**年**1**月**21**日 **午前**・午後 **8**時**00**分頃場所 **〇〇市〇〇町三丁目1-3 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) **〇〇市〇〇町交差点にて、赤信号で停車中、スリッパして止まれなかった後続車に
追突され負傷したものの**

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 **見守 健** 住所 **〇〇市〇〇町三丁目1-15**
目撃時の状況 **私が追突されたとき、交通指導員として交差点(横断歩道)にて投稿自動を指導していらした。**

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 **基金 太郎** (**25** 才)
住所 **〇〇市〇〇町五丁目2-2** 電話 **〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇**
職業(勤務先) **〇〇電子工業(株)** 電話 **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 **〇〇電子工業(株)** 電話 **〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇**
住所 **〇〇市〇〇五丁目3-2**
事業の内容又は職業 **電子部品製造・組立て**
代表者(役職) **代表取締役** (氏名) **松波 一郎**

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。

〇〇 警察署 **交通第二課交通捜査** 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) 〇〇〇 〇〇〇〇〇 (登録番号) **山形500△1234**

自賠責保険証明書番号 **543MS〇〇〇〇**

保険契約者(氏名) 〇〇**電子工業(株)** (住所) 〇〇市〇〇町**五丁目3-2**

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 平成**27年3月20日** 至 平成**29年3月20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

担当者名 **保険 一男**

保険会社住所 〇〇市〇〇町**二丁目5-1**

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 **A01745〇〇〇〇〇〇**

保険契約者(氏名) 〇〇**電子工業(株)**

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 平成**28年12月20日** 至 平成**29年12月20日**

保険会社名 〇〇**損害保険(株)** 電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇

担当者名 **損害 補佐男**

保険会社住所 〇〇市〇〇町**二丁目5-20**

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) 〇〇**電子工業(株)**

保険会社名 〇〇**損害保険(株)** 電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇

担当者名 **損害 補佐男**

保険会社住所 〇〇市〇〇町**二丁目5-20**

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**

人身傷害補償保険に加入していて保険金を請求する場合は、必ず、「有」に印をつけ、速やかに基金へ連絡するようにしてください。基金では、保険会社と事務の調整が必要になる場合があります。

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 頭部打撲・外傷	ケガなし
程 度	全治2週間程度	
診 療 機 関 名	〇〇市立病院	
診 療 機 関 住 所	〇〇市〇〇町一丁目2-5	

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
H28.1.22	菓子折り	基金太郎	お詫び				

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(**0**)% 第三者(加害者)(**100**)%

その理由 **停車している自車に後方より追突してきたもので、後続(加害)車両がスリップした
ことによる事故のため。**

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。)

ハ 基金へ請求する

原則は示談先行(イの基金へ請求しない)を選択してください。ただし、被災職員の過失が大きい場合や示談が難航する場合などは、先に基金に請求することができます。詳しくは手引きをご参照ください。

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。

相手方が全面的に過失を認め、治療費の支払いを申し出ており、相手方に金額請求するため。

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 **29** 年 **2** 月 **4** 日

所 属 **〇〇市立病院**

職・氏名 **院長 新庄 三郎**

- 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(兼同意書)及び確約書(確約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山形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。