

## 第三者加害報告書(補償)

年 月 日

地方公務員災害補償基金  
大阪府支部長様

被災職員

災害発生日時	年 月 日	午前 午後	時 分頃
災害発生場所			
災害発生状況	<hr/> <hr/> <hr/>		
相手方	住所	〒 ー	
	電話	携帯電話	
	氏名 <small>ふりがな</small>	( 才 )	
<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ( )	住所	〒 ー	
	電話	携帯電話	
	氏名 <small>ふりがな</small>	( 才 )	
	勤務先	電話	
被災職員	連絡先	〒 ー	
	電話	携帯電話	
	氏名 <small>ふりがな</small>	( 才 )	
	所属団体		
添付書類	<input type="checkbox"/> 第三者加害行為事案における療養費の負担方法及び交渉状況について・交渉状況報告書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書(原本) <input type="checkbox"/> 物損事故扱いの場合は、 <u>物損事故扱いの交通事故証明書(写)</u> と人身事故証明書入手不能理由書 <input type="checkbox"/> 事故証明書が得られない場合は、 <u>人身事故証明書入手不能理由書</u> <input type="checkbox"/> 確認書又は確約書(提出できない場合は、確認書(確約書)提出不能理由書) <input type="checkbox"/> 第三者加害事案現状(結果)報告書【補償】 <input type="checkbox"/> 示談書及び示談内容の明細書の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )		

この欄は自動車事故の場合のみご記入ください。

相手方自動車保険関係		
	自賠責保険	任意保険 (対人 千万円)
契約会社名		
証明書番号		
契約者	住所	〒 _____ 電話 _____
	氏名	
保険期間		
自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 月 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前12時 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午後4時		

相手方車両にかかると事項		
車両番号		
運行供用者	住所	〒 _____ 電話 _____
	氏名	
	契約者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	相手方との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 使用人 <input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

被災職員の人身傷害保険に関する事項		
※被災職員が人身傷害保険に加入している場合にご記入ください。		
契約保険会社名		
保険証券番号		
契約者氏名		
人身傷害保険金の請求の有無	有 ・ 無	※該当するものに○をしてください。「有」のご回答で、保険金を受けた場合は、以下の欄にもご記入ください。
支払いを受けた保険金額	円	
支払いを受けた年月日	年 _____ 月 _____ 日	

(注) 運行供用者とは、通常、自動車の所有者がこれに該当します。会社等の法人も運行供用者に該当することがあります。

※ 運行供用者の例

- ・親の自動車を借りて子どもが運転し、事故を起こした場合…運行供用者は「親」
- ・会社の事業用自動車を従業員が運転し、事故を起こした場合…運行供用者は「会社」
- ・レンタカーを運転し、事故を起こした場合…運行供用者は「レンタカー会社」

※相手方車両が2台以上ある場合は、この面をコピーし相手方自動車保険関係・相手方車両にかかると事項について記入のうえ、本紙に添付してください。