

【相手方が全ての費用を支払うする場合】

認定番号 —

第三者加害報告書 (免責)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金
大阪府支部長様

被災職員 大阪 太郎

下記の災害にかかる私の療養費については、当事者間の合意に基づき、相手方に対する損害賠償請求により充当することとしたので報告します。
なお、今後、相手方の資力等で問題が生じ、その支弁が困難になった場合は、速やかに基金に報告するとともに補償の手続きをするものとします。

記

災害発生日時	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	午前 午後	11 時 00 分頃
災害発生場所	大阪府中央区谷町2丁目7番		
災害発生状況	原動機付自転車を運転し、勤務先に向かって通勤途中、大阪府中央区谷町2丁目の交差点において信号待ちをしていたところ、後方より浪速一郎氏の運転する普通乗用車が追突し、転倒して負傷しました。		
相手方	住所	〒 222 - 2222 大阪府中央区大手前〇-〇〇-〇〇	
	氏名	浪速 一郎 (40才)	
	勤務先	〇△□株式会社 電話 06-****-****	
被災職員	住所	〒 111 - 1111 大阪府中央区大手前□-□□-□□	
	氏名	大阪 太郎 (30才)	
	所属団体	〇〇市〇〇課	
添付書類	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故証明書(写し) <input checked="" type="checkbox"/> 第三者加害事案状況(結果)報告書【免責】 <input checked="" type="checkbox"/> 示談書及び示談内容の明細書の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		

具体的に記入してください。

必要事項を漏れなく記入してください。特に電話番号及び住所は正確なものを記入してください。

電話番号及び住所も漏れなく記入してください。