

【治ゆ報告時に示談の締結に至らない場合】

(注意) 示談締結前に必ず示談書(案)を基金に送付し、示談内容を協議してください。

補償

第三者加害事案状況(結果)報告書

地方公務員災害補償基金 大阪府支部長様		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
被災職員 所属		〇〇市〇〇課	
氏名		大阪 太郎	
令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで認定を受けた公務災害・通勤災害に対する損害賠償請求等の状況を下記のとおり報告します。			
記			
1 認定番号	12 - 34567	2 災害発生日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
3 治ゆ年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	4 後遺障害の有無	有・ <input type="radio"/> 無
5 相手方の氏名	浪速 一郎	6 保険会社名	〇〇〇損害保険
7 示談交渉の状況			
該当する方に○をつけて下さい。	<input type="radio"/> 示談締結	成立年月日	年 月 日
	<input type="radio"/> 示談未締結	示談内容	別添「示談書及び示談内容の明細書(写)」のとおり
<input checked="" type="checkbox"/> 「8 交渉状況」のとおり			
8 交渉状況			
項目	区分	金額	備考
相手方が負担している被災職員の治療費等(ない場合は0と記入)	治療費	¥20,000	〇〇病院 R〇.〇.〇初診日の診療費のみ
	後遺障害	¥0	
	その他	¥200,000	物損、慰謝料
	計	¥220,000	
相手方が主張している過失割合。	(被災職員) 2	:	(相手方) 8
被災職員が主張している過失割合。	(被災職員) 0	:	(相手方) 10
交渉相手(相手方との関係)	関西 二郎	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input checked="" type="checkbox"/> 保険会社 <input type="checkbox"/> その他 ()	
交渉相手の連絡先	住所	〒444-4444 大阪市中央区大手前×-××-×× 〇〇〇損害保険〇〇課	
	電話	06-****-****	携帯電話

示談締結前に必ず基金に示談書(案)を送付し、示談内容を協議してください。

【治ゆ報告時に示談を締結している場合】

(注意) 示談締結前に必ず示談書(案)を基金に送付し、示談内容を協議してください。

補償

第三者加害事案現状(結果)報告書

地方公務員災害補償基金 大阪府支部長様		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
被災職員 所属 〇〇市〇〇課		氏名 大阪 太郎	
令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで認定を受けた公務災害・通勤災害に対する損害賠償請求等の状況を下記のとおり報告します。			
記			
1 認定番号	12 - 34567	2 災害発生日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
3 治ゆ年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	4 後遺障害の有無	有・ <input type="radio"/> 無
5 相手方の氏名	浪速 一郎	6 保険会社名	〇〇〇損害保険
7 示談交渉の状況			
該当する方に○をつけて下さい。	<input type="radio"/>	示談締結	成立年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
		示談内容	別添「示談書及び示談内容の明細書(写)」のとおり
		<input type="checkbox"/> 「8 交渉状況」のとおり	
8 交渉状況			
項目	区分	金額	備考
相手方が負担している被災職員の治療費等(無い場合は未記入)	治療費		
	後遺障害		
	その他		
	計		
相手方が主張している過失割合。	(被災職員)	:	(相手方)
被災職員が主張している過失割合。	(被災職員)	:	(相手方)
交渉相手(相手方との関係)	関西 二郎	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input checked="" type="checkbox"/> 保険会社 <input type="checkbox"/> その他 ()	
交渉相手の連絡先	住所	〒444-4444 大阪市中央区大手前×-××-×× 〇〇〇損害保険〇〇課	
	電話	06-****-****	携帯電話

示談書及び示談内容の明細書の写しは必ず添付してください。なお、示談締結前には必ず示談書(案)を基金に送付し、示談内容を協議してください。

記載不要