

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鹿児島県支部長 殿

令和 年 月 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
氏 名

1 被災職員について記入してください。

(1) 所属		(2) 氏名		(3) 生年月日	年 月 日生
--------	--	--------	--	----------	--------

2 災害発生状況について記入してください。

(1) 日 時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃
(2) 場 所	
(3) 災害発生状況 1	〔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。〕
災害を目撃した人がいる場合には記入してください。	
①目撃者の氏名	②住所
③目撃時の状況	
(4) 災害発生状況 2	〔あなた（被災職員）が運転手であった場合のみ記入してください。〕
①事故時の道路等の状況	天候は 晴れ・曇り・小雨・雨・小雪・雪・暴風雨・霧・濃霧 道路の見通しは 良い・悪い（障害物 があつた。） 道路の状況は 幅員（ m），舗装・非舗装，坂（上り・下り・緩・急） 路面の状態は 良好・不良（ ） 交通量は 少ない・多い・中位・渋滞
②事故時の交通規制の状況	制限速度は あなたは（ km/h） 相手は（ km/h） その他の規制は 追い越し禁止・一方通行・一時停止・Uターン禁止・その他（ ） 信号機は 無・有（ 色で交差点に入った） 信号機時間外（黄色点滅・赤点滅）
③あなた（被災職員）の行動等	運転者の状況は 正常・いねむり・疲労・よそ見・飲酒・病気（ ） あなたの行為は 直前に警笛を……………鳴らした・鳴らさない 相手を発見したのは……（ ）m位手前 ブレーキを……かけた・かけない 方向指示……（ ）秒位前から した・しない 速度は……（ ）km/h 相手は（ ）km/h あなたの運転していた車両は 車種（ ） 車両の状況は 正常・異常（ ）

3 第三者(加害者) [交通事故の場合は運転者。加害者不明の場合はその旨を記入してください。]

(1) 氏 名 (フリガナ)	(歳)
(2) 住 所	〒
(3) 職業 (勤務先)	

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、精神病患者等の場合は、監督義務者を記入してください。] 又は運行供用者について記入してください。

(1) 名称又は氏名	
(2) 所在又は住所	
(3) 事業の内容又は職業	
(4) 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入してください。

警察署等名称	警察署	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) について記入してください。

(1) 加害者車両	(車種)	(登録番号)
(2) 自賠責保険証明書番号		
(3) 保険契約者	(氏名)	(住所) 〒
(4) 第三者 (加害者) と保険契約者との関係	本人・事業主・親族 () ・その他 ()	
(5) 保険契約期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
(6) 保険会社名及び管轄店名		
(7) 保険会社の管轄店所在地	(担当者名)	

7 交通事故の場合、加害者の任意保険について記入してください。

(1) 自動車保険証券番号		
(2) 保険契約者	(氏名)	(住所) 〒
(3) 第三者 (加害者) と保険契約者との関係	本人・事業主・親族 () ・その他 ()	
(4) 保険契約期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
(5) 保 険 金 額	対人賠償 円	
(6) 特 約 条 項	無・有 (歳未満不担保条項) ・その他 ()	
(7) 保険会社名及び管轄店名		
(8) 保険会社の管轄店所在地	(担当者名)	

8 保険金の請求等について記入してください。

(1) 保険金 (損害賠償額) 請求の有無	有 ・ 無	
(2) 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	
(3) 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) (受領年月日)	円 令和 年 月 日
(4) 保険契約者	(氏名)	(住所)
(5) 保険会社名及び管轄店名		
(6) 保険会社の管轄店所在地	(担当者名)	

9 あなた (被災職員) の被災時の人身傷害補償保険加入状況について記入してください。

(1) 人身傷害補償保険に	加入している ・ 加入していない	
(2) 契約車両	(車種)	(登録番号)
(3) 自動車保険証券番号		
(4) 保険契約期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
(5) 保険会社名及び管轄店名		
(6) 保険会社の管轄店所在地	(担当者名)	
(7) 人身傷害補償保険金の請求の有無	無 ・ 有	
(8) 人身傷害補償保険金の支払いを受けている場合は、受けた金額及びその年月日	(金額) (受領年月日)	円 令和 年 月 日

10 身体損傷等について記入してください。

区 分	被 災 職 員	第 三 者 （ 加 害 者 ）
(1) 部位・傷病名		
(2) 程 度		
(3) 診 療 機 関 名		
(4) 診療機関住所		

11 損害賠償の受領額について記入してください。

(1) 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							
(2) 上記質問で、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、何を、幾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	金品又は品名	支 払 者	名 目	受領年月日	金品又は品名	支 払 者	名 目

12 第三者との話し合いの状況について記入してください。

(1) 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（ ）
(2) 上記の状況等を記入してください。

13 過失割合について、あなたはどのように考えるか記入してください。

(1) 被災職員（ ）% 第三者（加害者）（ ）%
(2) 上記過失割合を判断した理由

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入してください。

(1) 治療費を基金へ請求しますか。（①～③を選択してください。）
① 基金へ請求しない（全額第三者へ請求する。）
② 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。）
③ 基金へ請求する。
(2) 上記請求方法を選択した理由を具体的に記入してください。

※ 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。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">所 属 職・氏名</div>
--

- (注) 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 念書(兼同意書)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鹿児島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の額に重大な影響がありますのでご注意願います。