第三者加害行為現状（結果）報告書

|  |
| --- |
| 　　　年　　　月　　　日地方公務員災害補償基金栃木県支部長　　殿被災職員　所　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　公務　　 年　 　月　 　日付けで認定を受けた　　 　 災害に対する損害賠償請求等の状況を通勤下記のとおり報告します。記 |
| １　認定番号 |  |
| ２　災害発生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| ３　療養期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ４　治ゆ年月日 | 未治ゆ（見込　　　年　　　月頃）　治ゆ（　　年　　　月　　　日） |
| ５　休業期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ６　後遺障害（見込）　　の有無 | 有　・　無 |
| ７　加害者の氏名 |  |
| ８　示談交渉の状況 |
| 示談締結 | 成立年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 示談内容 | 別添示談書のとおり |
| 未締結理由（いずれかに○をする）（１）加害者と交渉中　　　（経過を右欄に）（２）交渉不能　　　（理由を右欄に）（３）その他　　未締結となっている　　理由、今後の予定等を右欄に |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ９　治療費の支払い状況 | ・支払済額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円・負担者内訳（該当項目を○で囲む）（１）自分で負担　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（２）加害者で負担　　　　　　　　　　　　　　　　　円（３）自賠責で負担　　　　　　　　　　　　　　　　　円（４）任意保険で負担　　　　　　　　　　　　　　　　円（５）基金で負担　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（６）共済組合で負担　　　　　　　　　　　　　　　　円（７）（　　　　　　）で負担　　　　　　　　　　　　 円 |
| １０　損害賠償の状況 |
| 項目 | 金額 | 受領の状況 | 賠償者 |
| 済 | 請求中 | 受領年月日 | 加害者本人 | 保険会社 | その他（具体的に） |
| (１)治療費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (２)休業補償費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (３)障害補償費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (４)遺族補償費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (５)葬祭費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (６)慰謝料 |  |  |  |  |  |  |  |
| (７)物損 |  |  |  |  |  |  |  |
| (８)交通費 |  |  |  |  |  |  |  |
| (９)その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |
| 内損害賠償請求額 |  | 受領完了年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 過失相殺の有無 | 　□有　　　　　 ％の過失　　　　　　　□無 |

（注意事項）

　提出時期

　１　災害発生日から６か月経過して示談が成立していない場合は６か月経過するごとに

　２　治ゆしたとき

　３　示談成立後