

第三者加害行為現状（結果）報告書

〇年 〇月 〇〇日

地 方 公 務 員 災 害 補 償 基 金

栃木県支部長 殿

被災職員 所 属 〇〇市〇〇課

氏 名 栃木 太郎

年 月 日付けで認定を受けた〔公務
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	〇〇 - 〇〇〇	
2 災害発生年月日	〇年 〇月 〇〇日	
3 療 養 期 間	〇年 〇月 〇〇日 ~ 〇年 8月 27日	
4 治 ゆ 年 月 日	未治ゆ（見込 年 月頃） 治ゆ（ 〇年 8月 27日）	
5 休 業 期 間	〇年 〇月 〇〇日 ~ 〇年 〇月 〇〇日	
6 後遺障害（見込） の 有 無	有 ・ 無	
7 加 害 者 の 氏 名	〇〇 〇〇	
8 示談交渉の状況		
示 談 締 結	成 立 年 月 日	〇年 〇月 〇〇日
	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)	基金補償分については、加害者側が基金の請求に応じる	

一致する

9 治療費の支払い状況	・支払済額 785,000 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 785,000 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	785,000	785,000				〇〇損保	
	(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	415,000	415,000				〇〇損保		
(7)物損								
(8)交通費								
(9)その他								
計	1,200,000							
内損害賠償請求額		受領完了年月日			〇 年 〇 月 〇〇 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