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　　年　　月　　日
大阪府支部長　様

被災職員　所属

氏名

年　　月　　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	―	2　災害発生年月日	年　　月　　日
3　治ゆ年月日	年　　月　　日	4　後遺障害の有無	有・無
5　相手方の氏名		6　保険会社名	

7　示談交渉の状況

該当する方に○をつけて下さい。		示談締結	成立年月日	年　　月　　日
			示談内容	別添「示談書及び示談内の明細書（写）」のとおり
		示談未締結	□「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		
	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）		□ 本人　□ 親権者　□ 保険会社 □ その他　（　　）	
交渉相手の連絡先	住所	〒　　―	
	電話		携帯電話