

## 【基金の補償を受ける場合】

	認定番号	-
<b>第三者加害報告書 (補償)</b>		
令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
地方公務員災害補償基金 大阪府支部長様		
被災職員 大阪 太郎		
災害発生日時	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	午前 11 時 00 分頃 午後
災害発生場所	大阪市中央区谷町2丁目7番	
災害発生状況	原動機付自転車を運転し、勤務先に向かって通勤途中、大阪市中央区谷町2丁目の交差点において直進しようとしたところ、後方より左折進入してきた浪速一郎氏の運転する普通乗用車と接触し、転倒して負傷しました。	
相手方	住所	〒 222 - 2222 大阪市中央区大手前○-○○-○○
	氏名	電話 06-****-**** 携帯電話 090-****-**** 浪速 一郎 (40 才)
<input type="checkbox"/> 親権者 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ( )	住所	〒 333 - 3333 大阪市中央区大手前△-△△-△△
	氏名	電話 携帯電話 ( 才 )
	勤務先	○△□株式会社 電話 06-****-****
被災職員	連絡先	〒 111 - 1111 大阪市中央区大手前□-□□-□□
	氏名	電話 06-****-**** 携帯電話 090-****-**** 大阪 太郎 (30 才)
	所属団体	○○市○○課
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 第三者加害行為事案における療養費の負担方法及び交渉状況について・交渉状況報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 誓約書 <input checked="" type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故証明書 (原本) ・物損事故扱いの場合は、物損事故扱いの交通事故証明書 (写) と人身事故証明書入手不能理由書 ・事故証明書が得られない場合は、人身事故証明書入手不能理由書 <input checked="" type="checkbox"/> 確認書又は確認書 (提出できない場合は、確認書 (確認書) 提出不能理由書) <input type="checkbox"/> 第三者加害事案状況 (結果) 報告書 【補償】 <input type="checkbox"/> 示談書及び示談内容の明細書の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )	

具体的に記入してください。

必要事項を漏れなく記入してください。特に電話番号及び住所は正確なものを記入してください。

相手方が未成年等の場合は、親権者の必要事項を漏れなく記入してください。

電話番号及び住所も漏れなく記入してください。

この欄は自動車事故の場合のみご記入ください。

相手方自動車保険関係		
	自賠責保険	任意保険 (対人 千万円)
契約会社名	△△△損害保険	〇〇〇損害保険
証明書番号	第 11111111 号	第 22222222 号
契約者	住所 〒 222 - 2222 大阪市中央区大手前〇-〇〇-〇〇 電話 06-****-****	住所 〒 222 - 2222 大阪市中央区大手前〇-〇〇-〇〇 電話 06-****-****
	氏名 浪速 一郎	浪速 一郎
保険期間	自 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 24 か月 至 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前12時	自 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 24 か月 至 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午後4時

任意保険に加入している場合には必ず記入してください。

相手方車両にかかると事項	
車両番号	なにわ 22 あ 2222
運行供用者	住所 〒 222 - 2222 大阪市中央区大手前〇-〇〇-〇〇 電話 06-****-****
	氏名 浪速 一郎
	契約者との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	相手方との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 使用人 <input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> その他 ( )

被災職員の人身傷害保険に関する事項	
※被災職員が人身傷害保険に加入している場合にご記入ください。	
契約保険会社名	□□□□海上保険
保険証券番号	第 33333333 号
契約者氏名	大阪 太郎
人身傷害保険金の請求有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ※該当するものに○をしてください。「有」のご回答で、保険金を受けた場合は、以下の欄にもご記入ください。
支払いを受けた保険金額	円 支払いを受けた 年 月 日 年 月 日
保険会社の住所連絡先、担当者名	住所 〒 連絡先 担当者名

(注) 運行供用者とは、通常、自動車の保有者がこれに該当します。会社等の法人も運行供用者に該当することがあります。

- ※ 運行供用者の例
  - ・親の自動車を借りて子どもが運転し、事故を起こした場合…運行供用者は「親」
  - ・会社の事業用自動車を従業員が運転し、事故を起こした場合…運行供用者は「会社」
  - ・レンタカーを運転し、事故を起こした場合…運行供用者は「レンタカー会社」

※相手方車両が2台以上ある場合は、この面をコピーし相手方自動車保険関係・相手方車両にかかると事項について記入のうえ、本紙に添付してください。