地基山形様式第５号の２

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支部長　殿  　　　　　　　　　　　　　被災職員　所　属  　　　　　　　 氏　名  　　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 | |  | |
| ２　災害発生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| ３　治 ゆ 年 月 日 | | 未治ゆ（見込　　年　　月ごろ）　　治ゆ（　　年　　月　　日） | |
| ４　後遺障害(見込)の有無 | | 有　　・　　無 | |
| ５　加害者の氏名 | |  | |
| ６　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  未解決となって  いる理由  今後の予定等を  右欄に |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ７　治療費の支払状況 | | ・ 支払済額 円  ・ 負担者内訳（該当項目を○で囲むこと）  (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 | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| ８　損害賠償の状況 | | | | | | | | |
| 項　　目 | 金　　額 | | 受　領　の　状　況 | | | 賠　　償　　者 | | |
| 済 | 請求中 | 未請求 | 加害者本人 | 保険会社 | その他（具体的に） |
| (1) 治療費 |  | |  |  |  |  |  | 前記７記載のとおり |
| (2) 休業補償費 |  | |  |  |  |  |  |  |
| (3) 障害補償費 |  | |  |  |  |  |  |  |
| (4) 慰謝料 |  | |  |  |  |  |  |  |
| (5) 物損 |  | |  |  |  |  |  |  |
| (6) その他 |  | |  |  |  |  |  |  |
|
| 計 |  | |  | | | | | |
| 内損害賠償請求額 |  | | 受領完了年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |

（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　示談が成立したとき

３　治ゆしたとき