別記群地基様式第４号

第三者加害に関する報告書

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　地方公務員災害補償基金群馬県支部長　様　　　　　　　報告者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （所属長）　下記のとおり報告します。 |
| 被災職員氏名 |  | 所属部局 |  |
| 災害発生日時 | 　　　　　年　　月　　日（　　）　午前・午後　　　時　　　分頃 |
| 災害発生場所 |  |
| 目　 撃 　者（同僚の場合は  TEL記入不要） | 氏名 |  | 勤務先等 |  | TEL |  - - |
| 氏名 |  | 勤務先等 |  | TEL |  - - |
| 第三者に関する事項 | 第三者（加害者）　※ 不明の場合にはその旨を記入 |
| 住所　〒 | TEL　 - - |
| ふりがな氏名 | 生年月日　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 勤務先、学校 | □ 業務中　□ 業務外 |
| 勤務先（雇用主）　※ 加害者が業務中であった場合に記入 |
| 所在地 〒 | TEL　 - - |
| 名称 | 代表者名 |
| 親権者等　※ 加害者が未成年者の場合は親権者、精神障害者の場合は監督義務者を記入　　　　　　　 また、この場合、加害者の責任能力の有無を判断する必要があるため、その　　　　　　　 参考となる資料を添付（加害者が小学生以下の場合は不要） |
| 住所　〒 | TEL　 - - |
| ふりがな氏名 | 続柄 |
| 自動車保険に関する事項 | １ 被災職員自身の人身傷害補償保険について |
|  | □ 加入している 　治療費を　□ 請求している 　□ 請求する予定 　□ 請求しない　※「請求している」「請求する予定」を選択した場合、以下も記入 |
| 　　 保険会社名 | TEL　　　- - |
| 　　 担当者部署・氏名 | 証券番号 |
| □ 加入していない |
| ※交通事故事案のみ記載 | ２ 加害車両の自動車損害賠償責任保険（共済）について |
|  | 保険会社(共済)名 |  | 保険証明書番号 |  |
| 車種 |  | 登録番号 |  | 車台番号 |  |
| 保険契約者 | （契約者名） | （住所） | （TEL） - - |
| 第三者（加害者）と保険契約者との関係　本人 ・ 事業主 ・ 親族（　　　） ・ 友人/知人 ・ その他（　　　　） |
| 保険契約期間 | 自　　　　　年　　月　　日　至　　　　　年　　月　　日 |
| 加害車両の保有者 | （保有者名） | （住所） | （保険契約者との関係） |
| ３ 加害者の任意保険について |
|  | 保険会社(共済)名 |  | 保険証券番号 |  |
| 保険契約者 | （契約者名） | （住所） | （TEL） - - |
| 第三者（加害者）と保健契約者との関係　本人 ・ 事業主 ・ 親族（　　　） ・ 友人/知人 ・ その他（　　　　） |
| 保険契約期間 | 自　　　　　年　　月　　日　至　　　　　年　　月　　日 |
| 対人賠償限度額 | 　□ 無制限　　□ 限度額有（　　　　　万円） |
| ２・３のうち、請求先（交渉相手）となる保険会社に関する情報 |
| 　□２（自賠責）　□３（任意） | 住所 〒 |
| 　　担当者部署・氏名 | TEL　 - - |
| 第三者等との交渉の状況 | 話合いの進捗状況及び概要 |  |
| 損害賠償等の状況 | （第三者から損害賠償金又は見舞金(品)等を既に受領した場合、その内容を記載） |
| 過失割合 | （被災職員の考え又は保険会社等に提示された割合を記載）被災職員（　　　）％　　第三者（加害者）（　　　）％ 理由  |
| 補償に関する事項 | 治療費の取扱いについて、以下から選択してください。 □ 第三者（が加入する保険等）による対応が可能であり、基金に請求しない。 □ 以下の理由により、第三者から受けるべき損害賠償に先行して、基金の補　　償を受けることを希望する。　　　□ 第三者に損害賠償請求に応じる資力がないため　　　□ 第三者が所在不明又は特定できないため　　　□ 被災職員の過失割合が高く、相手方保険会社から全額の損害賠償を　　　　 受けられない可能性があるため 　　　□ その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ 補償先行を希望する場合、「念書」及び「確約書」を添付 |
|