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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|