第 三 者 行 為 災 害 届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金長野県支部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 所 属

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 氏 名

私が公務遂行（通勤途上）中第三者の行為によって受けた災害等に関し、次のとおり届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害発生日時 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 午前午後 | | 時　　　　分ごろ | | |
| 災害発生場所  〒 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 第　三　者 | 住所 | | （ＴＥＬ） | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 年　　月　　日生（　　歳）　男・女 | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | |  | | | | | | | | | | | |
| 第三者（業務遂行中  の場合は事業所、未  成年者の場合は親権者）又は運行共用者 | | 使用者（事業所） | | の | 住所 | |  | | | 加害者との続柄 | | | |
| 親権者 | | 氏名（名称） | |  | | | （ＴＥＬ） | | | |
| 第三者の自動車保険に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | |
| 自動車の種別 | |  | | 登録番号 | | |  | | | | | | 車体番号 |  |
| 区　　分 | | 自　賠　責　保　険 | | | | | | | 任　意　保　険 | | | | | |
| 証明書番号 | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 保険契約者 | | 住所  氏名  電話番号 | | | | | | | 住所  氏名  電話番号 | | | | | |
| 保有者 | | 住所  氏名  電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 契約者との関係  譲受人・本人・借受人・その他（　　　　） | | | | | | | 契約者との関係  譲受人・本人・借受人・その他（　　　　　） | | | | | |
| 保険会社名  （担当者氏名） | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 同所在地  （電話番号） | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 保険期間 | | 年　月　日～　　年　月　日 | | | | | | | 年　月　日～　　年　月　日 | | | | | |
| 第三者から受けた損害賠償  の内容・金額  及びその年月  日 | | 受領年月日  　　　年　月　日内訳　　　治療費　　　　　円　　慰謝料　　　　　円    　　休業補償　　　　円　　その他　　　　　円    　　障害補償　　　　円　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | |
| 交渉の状況、  今後の見通し、  補償又は賠償  のいずれを先  に受けるかの  希望 | | □　補 償 先 行　　　　　　 　□　賠 償 先 行 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| あなた（被災職員）の自動車保険に関する事項 | | | |
| 区分 | 自賠責保険 | 任　意　保　険 | |
| 補償の対象 | 事故の相手に対する補償 | 事故の相手に対する補償 | あなた自身のための補償  【該当する方に○をしてください。】 |
| 証明書番号 |  |  | ①　人身傷害補償保険について |
| １.加入している  （②を回答してください）　２.加入していない |
| 保険契約者 | 住所  氏名 | 住所  氏名 |
| ②　人身傷害補償保険の請求の有無について |
| １.請求あり  （③を回答してください）  ２.請求無し |
| 保有者 | 住所  氏名 | 住所  氏名 |
| ③人身傷害補償保険の支払いについて |
| 保険会社名  （担当者氏名） |  |  | １.受けている  （④を回答してください）  　２.受けていない |
| 同所在地  （電話番号） |  |  | ④受領年月日    　　年　　月　　日    　　　　　　　　　　円 |
| 保険期間 | 年　 月　 日　～  　　年　 月　 日 | 年　　月　　日　～  　　年　　月　　日 | |

〔注意事項〕

　あなた（被災職員）の自動車保険に関する事項で、人身傷害補償保険の加入の有無については、保険証書又は保険会社に確認の上、記載してください。