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。