

第三者加害報告書 (公務災害・通勤災害)
(交通事故・交通事故以外)

地方公務員災害補償基金 徳島県 支部長 殿

令和2年12月21日

地方公務員災害補償法施行規則第47条の規定により届け出ます。

請求者 住所 徳島県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地
氏名 災害 次郎

1 被災職員について記載してください。

所属 〇〇公園管理事務所 氏名 災害 次郎 生年月日 昭和49年 8月 5日生

2 災害発生状況について記載してください。

日時 令和2年12月15日 午前・午後 8時10分頃

場所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地の〇〇交差点

災害発生状況(被災職員・相手方の行動、災害発生の原因と周囲の状況をできるだけ詳しく記入してください。なお、現場見取図を添付してください。)

(概要) 私は通常、私有の自転車で自宅から職場まで通勤しています。通常の勤務開始時刻は、午前8時30分であり、自宅から勤務場所までの所要時間は約20分です。令和2年12月15日(火)は、午前8時頃自宅を出て、午前8時10分頃〇〇市〇〇町〇丁目〇番地の〇〇交差点に差しかかり、青信号だったので自転車を押して横断歩道を横断中に、前方から右折してきた阿波三郎さんが運転する乗用車に衝突され、自転車と一緒に左側に転倒し、その勢いで地面に頭部を強く打ちつけました。相手方の通報で救急車が到着し、〇〇病院に運ばれました。

災害を目撃した人がいる場合には記載してください。

目撃者の氏名 住所

目撃時の状況

3 第三者(相手方)(相手方不明の場合にはその旨を記入してください。交通事故の場合は運転者。)について記載してください。

氏名 阿波 三郎 (55才)

住所 △△市△△町△丁目△番地

電話△△△-△△△△-△△△△

職業(勤務先) △△株式会社

電話△△△-△△△-△△△△

4 第三者(相手方が業務中であつた場合は所属する事業所、未成年者の場合は親権者、精神病患者の場合は監督義務者を記載してください。)又は運行供用者について記載してください。

名称又は氏名 電話

住所

事業の内容又は職業

代表者(役職) (氏名)

5 災害調査を行った警察署又は交番の名称を記載してください。

●●警察署 ●●係(交番)

6 交通事故の場合、加害車両の自動車損害賠償責任保険(共済)について記載してください。

加害車両(車種) 普通乗用自動車 (登録番号) 徳島500〇〇〇〇

自賠償保険証明書番号 ●●●●●●

保険契約者(氏名) 阿波 三郎 (住所) △△市△△町△丁目△番地

第三者(相手方)と保険契約者との関係……事業主・親族()・友人・知人・その他(本人)

保険契約期間……自 令和●年 ●月 ●日 至 令和●年 ●月 ●日

保険会社名 ●●●●損害保険会社 電話●●●-●●●-●●●●●●

担当者名 ●●●●

保険会社住所 ●●市●●町●●丁目●-●

7 交通事故の場合、相手方の任意保険について記載してください。							
自動車保険証券番号 ■■■■■■							
保険契約者(氏名) 阿波 三郎							
第三者(相手方)と保険契約者との関係……事業主・親族()・友人・知人・その他(本人)							
保険契約期間……自 令和 年 ■月 ■日 至 令和 年 ■月 ■日							
保険会社名 ●●●●損害保険会社 電話 ●●●●-●●●●-●●●●							
担当者名 ●● ●●							
保険会社住所 ●●市●●町●●丁目●-●							
8 保険金の請求等について記載してください。							
保険金(損害賠償額)請求の有無…… <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無							
有の場合の請求方法…… <input type="radio"/> イ 自賠責保険(共済) 単独							
<input checked="" type="radio"/> ロ 自賠責保険(共済)と任意保険との一括払							
保険金(損害賠償額)の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日							
氏名							
金額 円							
受領年月日 年 月 日							
保険契約者(氏名)							
保険会社名 電話							
担当者名							
保険会社住所							
9 あなた(被災職員)の人身傷害補償保険について記載してください。							
人身傷害補償保険に……加入している <input checked="" type="radio"/> 加入していない							
自動車保険証券番号							
人身傷害補償保険金の請求の有無 無・有							
人身傷害補償保険金の支払いを受けている場合は、受けた金額及びその年月日							
円 年 月 日							
保険契約者(氏名)							
保険会社名 電話							
担当者名							
保険会社住所							
10 身体損傷について記載してください。							
区 分	被災職員			第三者(加害者)			
部位・傷病名	頭部打撲 頸椎捻挫			不明			
程 度	受傷後約4週間の加療を要す						
診療機関名	〇〇病院						
診療機関住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇〇番地						
11 損害賠償の受領額について記載してください。							
現在までに事故に関して基金以外の者から金品を……受領した・受領の予定 <input checked="" type="radio"/> 受領していない							
上の質問で、受領したあるいは受領の予定と答えた場合には、いつ、だれから、なにを、いくらもらったかを記入してください。(基金の補償額の算定に重要です。また故意に虚偽の申告をした場合には、補償費の返還を命ずることがありますので注意してください。)							
受領年月日	金額又は品名	支払者	名 目	受領年月日	金額又は品名	支払者	名 目

12	第三者との話し合いの状況について記載してください。 現在第三者(相手方)と… 示談する段階ではない 示談中・示談をする予定・示談が成立した・示談はしない その他()
	上記の状況等を記載してください。 現在治療通院中であり、今後しばらくの間通院の必要性があり、示談する段階でないため。
13	過失割合について、あなたはどのように考えるか記載してください。 被災職員(0)% 第三者(相手方)(100)%
	その理由 青信号の横断歩道を自転車を押して横断していたため。
14	治療に係る地方公務員災害補償基金(基金)への補償請求の有無について記載してください。 治療費を基金へ請求しますか。(イ～ハを選択してください。) … イ 基金へ請求しない(全額第三者へ請求する。) ロ 一応基金へ請求しない(第三者が支払った残りを請求する。) ※ ハ 基金へ請求する
	上記請求方法を選択した理由を具体的に記載してください。 治療費について、相手方側の保険会社が対応してくれるため。
所属長の証明欄	
上記の記載内容は事実と相違ないことを証明します。 令和2年12月22日 所属 〇〇市〇〇部〇〇公園管理事務所 職・氏名 所長 〇〇 〇〇	

- 1 (公務災害・通勤災害)のいずれか及び(交通事故・交通事故以外)のいずれか該当するものに○をしてください。
- 2 災害発生後、誓約書と共に速やかに提出してください。
- 3 第三者(相手方)と示談(和解)を行う場合は、その内容等について、あらかじめ地方公務員災害補償基金徳島県支部に必ず相談してください。示談内容によっては補償の額に重大な影響がありますのでご注意願います。

※14について、相手方が不明である場合、相手方との示談が困難となる事が予想される場合、治療費が高額になる場合などは「ハ基金へ請求する」となります。