

第三者行為災害届（

本来損害賠償を賠償しなければならない第三者に代わって損害のてん補を行っていることから、基金はいわゆる立替払いをしたと同様の効果が生じることとなります。

加害者（相手方）へ、基金から損害賠償を請求する旨を相手方に必ず説明してください。

〇年 〇月 〇日

地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様

請求者 住所 〇〇県〇〇市〇〇番地

氏名 〇〇 〇〇

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。

1 被災職員の氏名等		
所属部局・課・係名 部局課名・事務所名・学校名・警察署名 等	職 〇〇	氏名 〇〇 〇〇
2 災害発生日時等		
災害発生日時	年 月 日	午前・午後 時 分頃
災害発生場所 〇〇市〇〇 〇〇番地		
3 第三者（加害者・動物の占有者）に関する事項（不明の場合は、その旨を記載すること）		
氏 名 〇〇 〇〇（〇〇才）		職 業 〇〇
住 所 〇〇県〇〇市〇〇区1-2-3		電 話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
4 加害者の使用者（加害者が業務中であった場合に記入する）		
会社名		
住 所		
5 加害者の監督者（加害者が未成年の場合は親権者、精神障		
氏 名 〇〇 〇〇		
住 所 〇〇県〇〇市〇〇区1-2-3		
6 事故調査をした警察署、目撃者の有無		
〇〇〇 警察署 △△△ 課（派出所）		
目撃者 有・無		
7 相手方の身体損害の状況		
☒ 無（物損のみ）・有 部位、傷病名 程度		
8 治療費の支払方法の見込み（該当するものに○をすること）		
ア 第三者（相手方、保険会社等）が医療機関等に支払う 【示談先行】		
イ 被災職員が医療機関に立替払いをし、第三者に請求する 【示談先行】		
☒ ウ 基金が直接医療機関に支払いをする 【補償先行】		
エ 被災職員が医療機関に立替払いをし、基金に請求する 【補償先行】		

加害者が未成年等の場合で資力がないと考えられるときは、監督者の情報も記載をしてください。（その監督者へ求償等を行うこともあるため。）

また、加害時の状況が「業務遂行中」の場合には、その勤務先情報も記載ください。（加害者が業務中の場合であれば、その雇用主にも責任を問うことができるため。）

ここの記載で補償先行か示談先行か判断するため、相手方との交渉状況を確認いただき、正確に記載してください。

9 相手方との話し合いの状況について	
示談が成立（ 年 月 日） ・ 交渉中 ・ 示談はしない ・ 裁判の見込み 上記の状況を記載（交渉が難航している場合はその理由も記載） -----	
10 現在までに受領した損害賠償の内容	
・ 見舞金（ 円） ・ 見舞品（ 円相当） ・ 治療費（一部・全部） ・ 慰謝料（ 円） ・ その他（ ） ・ 何も受領していない。	
11 過失割合について、あなたはどのように考えますか	
被災職員 <u> 0 </u> % 相手方 <u> 100 </u> % 理由： （例）スマートフォンを操作し自転車を運転していた。	
12 相手方車両等に関する事項（交通事故の場合）	
車両の種類	普通車 ・ 軽自動車 ・ 自動二輪 ・ 原付 ・ 自転車 ・ （ ）
登録番号（車両番号）	
所有者氏名	
・ 相手方との関係	本人 ・ 使用者 ・ 親族（ ）
13 相手方車両の自賠責保険について（交通事故の場合）	
保険会社名	〇〇保険会社
証明書（証券）番号	〇〇〇〇
保険契約者氏名	〇〇 〇〇
・ 相手方との関係	本人 ・ 使用者 ・ 親族 ・ その他（ ）
保険契約期間	年 月 日から 年 月 日まで
保険会社担当	住所 〇〇県〇〇市〇-〇 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇
	管轄店 〇〇支店 担当者 〇〇 〇〇
14 相手方車両の任意保険について（交通事故の場合）	
保険会社名	〇〇保険会社
証明書（証券）番号	〇〇〇〇
保険契約者氏名	〇〇 〇〇
・ 相手方との関係	本人 ・ 使用者 ・ 親族（ ） ・ その他（ ）
保険契約期間	年 月 日から 年 月 日まで
対人賠償保険金額	無制限 ・ （ 円）
保険会社担当	住所 〇〇県〇〇市〇〇区〇-〇 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇
	管轄店 〇〇支店 担当者 〇〇 〇〇

13及び14については、調査の上、必ず記載してください。そのうえで不明な個所がある場合は、「調査したが不明」などと記入し、空欄にはしないでください。

15 あなた（被災職員）の人身傷害補償保険について（交通事故の場合）	
加入の有無	有 ・ 無 ※被災職員や家族の加入する任意保険に特約として付帯している可能性あり
保険会社名	
証明書（証券）番号	
契約者氏名	（被災職員との続柄： ）
保険金請求予定の有無	有 ・ 無 ※有の場合、保険会社に公務（通勤）災害認定請求中であることを申告すること
保険会社担当	住所 電話
	管轄店 担当者
16 相手方の個人賠償責任保険又は自転車保険の加入状況について（相手方が自転車の場合）	
加入の有無	千葉県では、令和4年7月1日から、自転車保険への加入が義務化されました。 相手方が自転車保険に加入しているかを十分に調査の上必ず記載するようにしてください。不明な個所がある場合には「調査したが不明」などと記入し、空欄にはしないでください。
保険会社名	
証明書（証券）番号	
契約者氏名	
保険会社担当	
	管轄店 ○○ ○○ 担当者 ○○ ○○
17 その他（相手方に責任能力がないとされる場合は、この欄に意見を記入すること）	
相手方がせん妄状態・精神疾患を有している・12歳未満である等、責任能力がないとされる場合については意見を記入してください。 なお、精神疾患を有している場合は、それが分かる書類（障害手帳の写し等）を提出ください。提出できない場合は、所属長の申し立てに代えて提出ください。	

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。	
○年 ○月 ○日	
所 属	部局課名・事務所名・学校名・警察署名 等
職・氏名	課長（所長・校長・署長）
○○ ○○	

※注意事項

次に該当する場合は、第三者加害行為現状（結果）報告書（支部様式第9号）を添付すること

- ・示談を締結した場合
- ・相手方が不明、相手方の所在が不明な場合
- ・災害発生日から6ヶ月以上経過している場合
- ・治癒した場合