

第三者行為災害処理状況報告書 (経過)

認定番号

—

平成 年 月 日

地方公務員災害補償基金
大阪市支部長様

所 属 _____

担当者名 _____

印

第三者行為災害の処理状況を次のとおり報告します。

| | |
|---|-------|
| 被災職員氏名 | 第三者氏名 |
| 災害の種別 交通事故・同僚加害・暴行・その他 () | |
| 災害発生日 平成 年 月 日 | |
| 現在の状況 療 養 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (継続中・治癒・中止・死亡) | |
| 休 業 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (休業せず・休業中・出勤) | |
| <p>第三者との交渉経過及び状況</p> <p><input type="checkbox"/> 示談に向け交渉中</p> <p>示談予定時期 (年 月ごろ ・ 未定)</p> <p>交 渉 状 況 ()</p> <p>その他事項 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 加害者不明</p> <p>警察等からの加害者情報 (有 ・ 無)</p> <p>加害者等の特定の見込み (有 ・ 無)</p> <p>その他事項 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 加害者所在地不明・連絡不能など</p> <p>連絡が不可能となった時期 (災害発生日 ・ 年 月)</p> <p>連絡が可能となる見込み (有 ・ 無)</p> <p>その他事項 ()</p> | |

| | | | | |
|------------------|-----|------|-----|-----|
| 所 属 証 明 | 課 長 | 課長代理 | 係 長 | 係 員 |
| | | | | |

| |
|------|
| 支部受付 |
| |