

第三者行為災害処理状況報告書
(示談先行事案完結)

認定番号 ー

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()		
災害発生年月日	平成 年 月 日		
療養期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日・休業せず		
賠償金受領内訳			
	自賠償保険	任意保険	加害者等
療養補償	円	円	円
休業補償	円	円	円
障害補償	逸失利益	円	円
	慰謝料	円	円
計	円	円	円
示談年月日	平成 年 月 日	賠償金受領日	平成 年 月 日
備考			

所属証明	課長	課長代理	係長	係員

支部受付