

第三者行為災害処理状況報告書 (経過)

認定番号 ー

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

所属証明	課 長	課長代理	係 長	係 員

支部受付

注)年月日の記載には元号を用いること。