

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

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		
災害の種類別 交通事故・同僚加害・暴行・その他()				
災害発生年月日		年	月	日
療養期間		年	月	日 ~ 年 月 日
休業期間		年	月	日 ~ 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	円
	慰謝料	円	円	円
計		円	円	円
示談年月日 年 月 日			賠償金受領日 年 月 日	
備考				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

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。