

第三者行為災害処理状況報告書 (経過)

認定番号 -

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

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

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 ()

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 ()

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。