

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 -

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
	慰謝料	円	円
計		円	円
示談年月日		賠償金受領日	
年 月 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。