

第三者行為による災害届書

年 月 日

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿

届出者の住所

氏 名



地方公務員災害補償法施行規則第47条の規定により届け出ます。

(所属団体部局)	(災害発生日時)
(被災職員) 電話..... 〒 住所..... ふりがな 氏名..... 性別 男 女 年 月 日生 歳	年 月 日 午 前後 時 分頃
(災害発生場所)	
ア、示談先行【相手方（保険会社等）が、被災職員に損害を補てんする場合】 イ、補償先行【基金が被災職員に補償した後、基金が相手方に損害賠償を請求する場合】 ※ 事故の原因等で、第三者（相手方）と食い違っている場合は、どのような点ですか （具体的に）	
① 第三者（相手方） 〒 住所..... 電話..... 職業..... 業務執行中 業務外 ふりがな 氏名..... 性別 男 女 年 月 日生 歳	
② 第三者（会社・管理者・親権者など） 〒 住所..... 電話..... 商号..... 代表者（親権者）等..... 年 月 日生 歳 業務内容	

(注) 1. 交通事故の場合は、自動車安全運転センターが発行する交通事故証明書を必ず添付してください。
 2. 「届出者の氏名」の欄は、記名押印することによって、自筆による署名をすることができます。

被災職員公務災害担当者				
課・係		担当者		電話

保 険 会 社 の 有 ・ 無			
第三者の車両 (相手方)	車 種	登 録 番 号	車 台 番 号
③ 自賠責保険 有 ・ 無			
・ 契約保険会社名		・ 保険証明書番号	
自 賠 責 保 険 契 約 者	住所	自賠責保険 契 約 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日
	氏名 電話		
所 有 者	住所	第三者との 関 係	
	氏名 電話		
④ 任意保険 有 ・ 無			
・ 契約保険会社名		・ 保険証明書番号	
・ 契約保険会社住所			
担当者名		TEL	
⑤ あなた（被災職員）の人身傷害補償保険について記載してください。			
・ 人身傷害補償保険・・・加入している・加入していない			
・ 加入している場合の保険契約者（氏名）			
・ 加入している保険会社名		支店 TEL	担当
・ 自動車保険証券番号		保険会社住所	
・ 人身傷害補償保険金の請求予定の有無		有（請求済を含む）・無	
・ 人身傷害補償保険金の支払を受けている場合は受けた金額及びその年月日			
円 年 月 日			
災 害 発 生 状 況			
目撃者の住所・氏名		住所	氏名 TEL
天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交 通 状 況	混雑・普通・閑散 明 暗 昼間・夜間・明け方・夕方
道 路 状 況	舗装 { してある 歩道 (両・片) { ある 直線・カーブ 見通し { 良い してない { ない		
	平坦・坂 (上り・下り) 積雪・凍結 砂利道・道路欠損・工事中・その他		
信 号 又 は 標 識	信号 { ある 駐停車禁止 { されている 標識 { 一時停止 追越禁止 一方通行 ない { されていない { その他の標識		
速 度	第三者の車両 km/h 自車車両 km/h (制限速度 km/h) (制限速度 km/h)		
自 車 の 直 前 の 行 為 と 状 態	事前に警笛を { 鳴らした ブレーキを { かけた (スリップ m) 方向指示灯 { した 鳴らさない { かけない { しない		
正常・疲労・よそ見・居眠り・飲酒・その他 ()			
その他参考となるべき事項 [第三者・保険会社から補償を受けている (予定) 場合]			