第三者行為災害届　　【交通事故用】

年 月 日

地方公務員災害補償基金愛知県支部長殿

（請求人氏名）

下記のとおり第三者の行為によって災害が発生しましたので、お届けします。

**１　第三者の情報**

**【第三者への聞き取りや交通事故証明書等の書類により確認し、記載すること】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第三者①（加害者本人）【必須】 | | |
|  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生（　　　　歳） |
| 職業 |  |
| 住所 | 〒　　- |
| 電話番号 |  |
| 第三者②（使用者、親権者等）【第三者①が業務中である、未成年である等の場合】 | | |
|  |  | 【企業の場合は企業名と代表者職氏名を記載すること】 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生（　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　- |
| 電話番号 |  |
| 第三者①との関係 |  |

**２　第三者の加入する保険会社の情報**

**【第三者への聞き取りや保険証券・交通事故証明書等の書類により確認し、記載すること】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自賠責保険　□加入【以下に記載すること】　　□未加入 | | | |
|  | 保険会社名 | |  |
| 証明書番号 | |  |
| 保険期間 | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　　月　　　日 |
| 契約者 | | □　第三者①と同じ  □　第三者②と同じ  □　その他（以下に契約者情報を記入すること）  氏名：　　　　　　　（第三者①との関係：　　　）  　　　住所： |
| 任意保険　□加入【以下に記載すること】　　□未加入 | | | |
|  | 保険会社 | 会社名 |  |
| 住所 | 〒　　- |
| 電話番号 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 証明書番号 | |  |
| 対人契約  限度額 | | □　無制限  □　制限有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 契約者 | | □　第三者①と同じ  □　第三者②と同じ  □　その他（以下に契約者情報を記入すること）  氏名：　　　　　　　（第三者①との関係：　　　）  　　　住所： |

**３　被災職員の加入する保険会社の情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 人身傷害補償保険　□加入【以下に記載すること】　　□未加入  　※　人身傷害補償保険とは、被災職員又はその家族等が加入する任意の自動車保険で、被災職員自身の損害（治療費等）をカバーするものです。 | | | |
|  | 保険会社 | 会社名 |  |
| 住所 | 〒　　- |
| 電話番号 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 証明書番号 | |  |
| 保険金請求の  予定 | | □　今回の事故については一切請求しない。  □　請求する予定がある／既に請求している。  　　【保険金の金額・内容が分かる資料を添付すること。】 |

|  |
| --- |
| ※　人身傷害補償保険を利用するにあたっての注意事項  　①　**治療費等、基金の補償と重複する保険金を人身傷害補償保険から受け取ってはいけません。**既に受け取ってしまった場合は、詳細な状況（受領金額・内訳）を添えて、基金へ御相談ください。  　②　以下のことを人身傷害補償保険会社の担当者へ伝達してください。  □　公務（通勤）災害の申請をしていること。  　　　□　補償内容の調整のため、基金から保険会社の担当者へ直接連絡する場合があること。 |

**４　補償方針の届出**

**被災職員の治療費は、誰が病院・薬局へ支払いますか。（支払う予定ですか。）**

|  |  |
| --- | --- |
| あてはまる選択肢を選んでください | 補償方針 |
| ア　第三者の加入する任意保険会社が病院等へ支払う。 | 示談先行 |
| イ　被災職員自身が一旦病院等へ支払っている。  　　→　(ｱ) あなたから、第三者（の加入する保険会社）へ直接請求する。 | 示談先行 |
| (ｲ) あなたから、基金へ請求したい。 | 補償先行 |
| ウ　公務（通勤）災害予定として、病院等で請求保留としている。  公務（通勤）災害に認定された後、病院等から基金へ請求したい。 | 補償先行 |
| エ　被災職員の加入する人身傷害補償保険会社が病院等へ支払う。 | 〔基金記入〕 |
| オ　その他  〔状況を詳細に記入すること。〕 | 〔基金記入〕 |

**５　第三者との交渉状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 交渉相手  （**第三者側の**窓口） | □　第三者本人（第三者①・第三者②）  □　第三者の加入する任意保険会社の担当者  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 交渉担当  （**被災職員側の**窓口） | □　被災職員本人  □　被災職員の加入する保険会社の担当者  　　（会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 交渉状況 | 〔交渉の有無、現在の争点、今後の見通しについて、記載してください〕 |
| 過失割合 | □　合意した。  【過失割合】被災職員　　　　　：第三者  □　交渉中  　　〔双方の主張内容について、記載してください。〕 |