

第三者加害行為災害届出(公務災害・通勤災害)

岩手県市町村総合事務組合管理者 殿

年 月 日

請求人

住 所 _____

氏 名 _____

1 被災職員 所 属 _____ 氏 名 _____

2 第三者(加害者)又は不法行為責任者

氏 名 _____ 年 齢 _____ 電 話 _____

住 所 _____

職 業 _____ 勤務先 _____ (電話) _____

3 第三者(加害者)の所属する事業所(使用者)又は加害者が責任無能力者の場合の監督者

名 称 又 は 氏 名 _____ 電 話 _____

所 在 地 又 は 住 所 _____

事 業 の 内 容 又 は 職 業 _____

代 表 者 (役 職) _____ 氏 名 _____

4 災害発生日時、場所

日 時 _____ 年 月 日 (曜 日) 午 前 ・ 午 後 _____ 時 _____ 分 ごろ








場 所 _____

発 生 状 況 (被 災 職 員 ・ 加 害 者 の 行 動 、 災 害 発 生 の 原 因 と 周 圍 の 状 況 を わ か り や す く 記 入 し て
く だ さ い 。)

(概要)

5 現場見取図 (詳しく書いてください。)

表示符号

自 車		人 間	
相手車		自 転 車	} 
進行方向		オ ー ト バ イ	
信 号		接 触 点	×
一時停止			

6 運転していた車両 (あなた (被災職員) が運転者であった場合のみ記入してください。)

車 種 _____ 免許証の種類番号 _____

登録番号 _____ 免許の資格取得 _____ 免許の有効期限 _____

7 事故現場の状況 (あなた (被災職員) が運転者であった場合のみ記入してください。)

天 候 見通し 良好・悪い (障害物 _____ があった。)

道路の状況 道路の幅 (_____ m)、舗装・非舗装、坂 (上り・下り・緩・急)
でこぼこ・砂利道・道路欠損・工事中・凍結・その他 (_____)

標 識 速度制限 (_____ km/h)・追越禁止・一方通行・その他 (_____)

交 通 量 多い・少ない・中位

8 事故当時の行為及び車両の状況

(あなた (被災職員) が運転者であった場合のみ記入してください。)

心身の状況 正常・いねむり・疲労・よそ見・病気 (_____)・飲酒

あなたの行為 直前に警笛を 鳴らした・鳴らさない、相手を発見したのは (_____) m手前
ブレーキを かけた (スリップ _____ m)・かけない、方向指示灯 した・しない
速度は約 _____ km/h 相手は約 _____ km/h

災害発生直後のあなたのとった行動

車両の状況 正常・ブレーキ故障・ハンドル装置故障・灯火不備・その他 (_____)

9 身体損害：

	被災職員	加害者（第三者）
部位・傷病名	_____	_____
程度	_____	_____
診療機関名	_____	_____
所在地	_____	_____
物品等のき損害の程度	_____	_____

10 示談について

示談が成立した・交渉中・示談はしない・示談をする予定・裁判の見込み

交渉中の場合 交渉相手 _____ 第三者との関係 _____

その状況 _____

11 損害賠償の受領状況

損害賠償を受領した・受領していない

受領年月日	金額又は金品	名目	受領年月日	金額又は金品	名目

12 過失割合

被災職員 _____ % 第三者（加害者） _____ %

その理由

13 自動車損害賠償責任保険

(1) 第三者（加害者）の

自動車損害賠償責任保険証明書番号 _____

保険契約者（氏名） _____ （住所） _____

第三者（加害者）と契約者との関係 _____

保険契約期間 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険会社の管轄店名 _____

保険会社の管轄店名所在地 _____

(2) 保険金又は損害賠償額の請求

保険金（損害賠償額）請求の有無 _____ 有 _____ 無 _____

保険金（損害賠償額）の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日

氏名 _____

受領額 _____ 円 受領年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

14 任意保険

有 ・ 無 _____ 保 険 金 額 _____ 円

保険会社名 _____ 証書番号 _____

保険契約者（氏名） _____ (住所) _____

保険契約期間 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険会社の管轄店名 _____ (電話) _____

保険会社の管轄店名所在地 _____

15 その他参考事項

市
町
村
等
の
長
の
証
明

上記の記載内容は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

市町村長等氏名

[注意事項]

- 1 この用紙は、災害の原因が自動車事故による第三者加害行為によって発生した場合に使用してください。
- 2 公務災害、通勤災害のいずれかに該当するものに○をしてください。
- 3 災害発生後速やかに提出してください。
- 4 第三者（加害者）と示談を行う場合は、その内容等について、あらかじめ岩手県市町村総合事務組合に相談してください。示談内容によっては補償の額に重大な影響があります。
- 5 金品を受領した場合は、その都度、受領月日、名目、受領額等について速やかに報告してください。