**損　害　賠　償　受　領　報　告　書**

　　　年　　　月　　　日

　地方公務員災害補償基金福岡県支部長　殿

氏　名

　第三者から次のとおり損害賠償を受領しましたので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 | 　　　 |
| 被災職員 | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 経過 | 災害発生日 | 年　　月　　日 | 治ゆ日 | 年　　月　　日 |
| 示談締結日 | 年　　月　　日 | 賠償金受領日 | 年　　月　　日 |
| 損害賠償の内訳 | 区　分 | 金　額（円） | 摘　　要 |
| 療養補償分 |  | 【内訳】 治療費　　　　　　　　　 円 看護料　　　　　　　　　 円 通院費　　　　　　　　　 円 その他（義肢、松葉杖等）　　 円 |
| 休業補償分 |  |  |
| 障害補償分 |  | 障害等級　　　級　　　号 |
| 介護補償分 |  |  |
| 遺族補償分 |  |  |
| 葬祭補償分 |  |  |
| 慰謝料分 |  |  |
| その他 |  | 物損分他 |
| 過失割合（被災職員：加害者） | ： |
| 自動車事故の場合(どちらかを囲む)　 | 自賠責範囲内　・　任意保険使用 |
| 添付資料 | 示談書写し（免責調書）、対人損害積算明細書、その他（　　　　　　　　） |

　（注１）保険会社からの対人損害積算明細書など損害賠償の内訳が分かる書類を添付してください。

（注２）年月日の記載には元号を用いてください。