

第三者加害行為災害届

年 月 日

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 様

被災職員の { 所属名
氏名 } ⑩
(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

私が公務遂行（通勤途上）中第三者の加害行為によって受けた災害に関し、次のとおり届け出ます。

災害発生日時		年 月 日 (曜日) 午 前 後 時 分ごろ
災害発生場所		
加 害 者	氏 名	(歳) 男 ・ 女
	住 所	〒 TEL
	職 業	
	勤 務 先	
	勤務先の住所	〒 TEL
◎ 加害者が業務遂行中の場合		
事 業 所	名 称	
	所 在 地	〒 TEL
	代 表 者	
◎ 加害者が未成年者の場合		
親 権 者	氏 名	
	住 所	〒 TEL
	加害者との続柄	
◎ 加害者の自動車保険等に関する事項については、別途「加害自動車の保険（共済）契約に関する申立書」のとおりです。		