

免 責 報 告 書

		認定 番号			
年      月      日					
(宛先) 地方公務員災害補償基金埼玉県支部長					
報告者 { 所属 氏名					
このことについて、下記のとおり報告します。					
記					
被災職員 の 氏 名				加 害 者 の 氏 名	
災害発生 年 月 日		年      月      日		傷 病 名	
免責される 補償の 種類	区      分		損      害      額		賠 償 金 受 領 額
	療 養 補 償				
	慰      謝      料				
	その他の補償				
	合      計				
示談締結の有無		<input type="checkbox"/> 有    (      年      月      日) <input type="checkbox"/> 無			
上記のとおり相違ないことを確認しました。					
年      月      日					
所属部局の { 名      称 長の職氏名					

- 備考 1. 示談書を作成した場合は、その写しを添付すること。
2. この報告書は、示談書を作成していない場合（正式に示談を締結していない場合を含む。）で、単に損害賠償を受けているときも提出するものであること。
3. 治療費の額については、その全額が免責される場合でも、賠償金受領額の欄に具体的な金額を記入すること。