

免責報告書

認定番号

—

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金鹿児島県支部長 殿

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 氏名		加害者 の氏名	
災害発生 年月日	令和 年 月 日	傷病名	
<input type="checkbox"/> 治療費の全額免責（治療費の全額を受領した場合）			
<input type="checkbox"/> 治療費の一部免責（治療費等の一部を受領した場合）			
項目	実損害額	賠償を受けた額	備考
治療費	円	円	
損害補償費	円	円	
休業補償費	円	円	
慰謝料	円	円	
その他	円	円	
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。

令和 年 月 日

所属部局の { 所在地
名称
長の職氏名

備考 この報告書は、示談後、提出してください。また、示談書の写しを添付してください。