

## 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		
<p>上記のとおり相違ないことを確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属部局の { 名 称                   { 長の職氏名</p>			

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。