支部様式第11号

補　償　先　行　申　請　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

申請者 ｛ 所属

氏名

下記の災害について、補償先行してくださるよう申請します。

記

被災職員の氏名		相手方の氏名	
災害発生年月日	年　　月　　日	傷病名	
補償の種類	□　療養補償（ a　補償額未確定　　b　補償額確定済　　円 ） □　休業補償　　□　障害補償　　□　遺族補償　　□　葬祭補償		
補償先行申請理由	□　被災職員に過失があり、治療費等の全額を相手方から受け取ることができない。 □　相手方に損害賠償を行う能力がない。 □　相手方が不明である。 □　相手方の所在が不明のため、示談交渉等が行えない。 □　その他（相手方から損害補償を受けることのできない理由を、具体的に記入すること。 …… …… …… …… …… ……		

備考　1　該当する□にレ印を記入すること。

2　所定の「念書」を添付すること。