

様 式

- 1 第三者行為災害届 (届その 1) ●×
- 2 第三者行為災害届 (届その 2) ●×
- 3 第三者行為災害届 (届その 3) ●×
- 4 第三者行為災害届 (届その 4) ●×
- 5 第三者行為災害報告書(調査書)(報告書その 1) ●×
- 6 第三者行為災害報告書(調査書)(報告書その 2) ●×
- 7 第三者行為災害情報受付台帳 ○
- 8 保険給付(求償権取得・債権発生)通知書リスト ○
- 9 保険給付(求償権取得・債権発生)通知書 ○
- 10 (様式第 1 号) 念書(兼同意書) ●×
- 11 (様式第 2 号(4)) 第三者行為災害による損害賠償の請求について ●▲
- 12 (様式第 3 号) 交通事故発生届
- 13 (様式第 4 号) 第三者行為災害報告書の提出について(依頼) ●▲
- 14 (様式第 5 号)
労働者災害補償保険の保険給付についての通知及び損害賠償等についての照会 ●▲
- 15 (様式第 6 号) 損害賠償等につき回答 ●×
- 16 (様式第 7 号) 損害賠償等についての照会に対する回答の提出について ●▲
- 17 (様式第 8 号) 損害賠償請求の予告について ●×
- 18 (様式第 11 号) 第三者行為災害処理経過簿 ○
- 19 (様式第 13 号) 労働者災害補償保険の請求についてのお知らせ ●▲
- 20 (様式第 14 号) 労働者災害補償保険の給付状況等についての照会
- 21 (様式第 15 号) 労働者災害補償保険の給付状況等についての回答 ●▲
- 22 第三者行為災害届(派遣労働者の業務災害)(直接の加害行為がない場合) ●
- 23 第三者行為災害報告書(調査書)(派遣先)(直接の加害行為がない場合) ●
- 24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する
内閣府令様式

※ 様式名の右の●は三者システムの Excel 帳票作成ツールで作成可能な様式であること、
○は三者システムから直接出力可能な帳票であることを示す。

●の右に▲の記載がある様式は、様式改正が行われたが、Excel 帳票作成ツールが改正内容に対応していないため、当面の間は、別途本省が電子媒体で提供する Excel 様式を用いるか、Excel 帳票作成ツールにより作成後、当該改正部分を手入力で修正すること。

●の右に×の記載がある様式は、様式改正が行われたが、Excel 帳票作成ツールが改正内容に対応しておらず、改正による事務処理への影響が大きいことから、当面の間は、別途本省が電子媒体で提供する Excel 様式を用いて作成し、Excel 帳票作成ツールによる作成は行わないこと。

1 第三者行為災害届 (届その1) ●×

(届その1)

第三者行為災害届

業務災害	通勤災害
交通事故	交通事故以外

平成 年 月 日

労働者災害補償保険法施行規則第22条の規定により届け出ます。

保険給付請求権者

署受付日付

住 所

郵便番号()

フリガナ

氏 名

(印)

電 話 (自宅)

(携帯)

労働基準監督署長 殿

1 第一当事者(被災者)

フリガナ

氏 名

男 | 女

生年月日 年 月 日 (歳)

住 所

職 種

2 第一当事者(被災者)の所属事業場

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

名称

電話

所在地

郵便番号

代表者(役職)

担当者(所属部課名)

(氏名)

(氏名)

3 災害発生日

日時 平成 年 月 日 |午前|午後| 時 分頃

場所

4 第二当事者(相手方)

氏名

(歳)

電 話 (自宅)
(携帯)

住所

郵便番号

第二当事者(相手方)が業務中であった場合

所属事業場名称

電 話

所在地

郵便番号

代表者(役職)

(氏名)

5 災害調査を行った警察署又は派出所の名称

警察署

係(派出所)

6 災害発生の事実の現認者(5の災害調査を行った警察署又は派出所がない場合に記入してください)

氏名

(歳)

電 話 (自宅) - -
(携帯) - -

住所

郵便番号 -

7 あなたの運転していた車両(あなたが運転者の場合にのみ記入してください)

車 種	大	普	特	自二	軽自	原付自	登録番号(車両番号)	
運転者の免許	有・無	免許の種類	免許証番号	資格取得	有効期限	免許の条件		

2 第三者行為災害届 (届その2) ●×

(届その2)

8 事故現場の状況

天候	晴	曇	小雨	雨	小雪	雪	暴風雨	霧	濃霧			
見越し	良い	悪い	(障害物:) があった。)									
道路の状況	(あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。)											
	道路の幅 () m、		舗装		非舗装		坂 ()		上り	下り	緩	急
	でこぼこ		砂利道	道路欠損	工事中	凍結	その他 ()					
	(あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。)											
	歩車道の区別が ()		ある	ない	道路	車の交通頻繁な道路		住宅地	商店街の道路			
	歩行者用道路 (車の通行: 許		否)、その他の道路 ()								
標識	速度制限 () km/h		追い越し禁止		一方通行		歩行者横断禁止					
	一時停止 ()		有	無	停止線 ()		有	無				
信号機	無		有	()	色で交差点に入った。)		信号機時間外 (黄点滅 赤点滅)					
	横断歩道上の信号機 ()		有	無								
交通量	多い		少ない	中位								

9 事故当時の行為、心身の状況及び車両の状況

心身の状況	正常	いねむり	疲労	わき見	病気 ()	飲酒	
あなたの行為	(あなた(被災者)が運転者であった場合に記入してください。)						
	直前に警笛を		鳴らした	鳴らさない	相手を発見したのは () m手前		
	ブレーキを		かけた (スリップ:) m	かけない	方向指示灯	出した	ださない
	停止線で一時停止		した	しない	速度は約 km/h	相手は約 km/h	
	(あなた(被災者)が歩行者であった場合に記入してください。)						
	横断中の場合		横断場所 ()		信号機 ()	色で横断歩道に入った。	
			左右の安全確認: した		しない	車の直前・直後を横断: した	しない
	通行中の場合		通行場所: 歩道		車道	歩車道の区別がない道路	
			通行のしかた: 車と同方向		対面方向		

10 第二当事者(相手方)の自賠責保険(共済)及び任意の対人賠償保険(共済)に関する事

(1) 自賠責保険(共済)について

証明書番号	第	号	
保険(共済)契約者(氏名)	第二当事者(相手方)と契約者との関係		
(住所)			
保険会社の管轄店名	電話	-	-
管轄店所在地	郵便番号	-	-

(2) 任意の対人賠償保険(共済)について

証券番号	第	号	保険金額	対人	万円
保険(共済)契約者(氏名)	第二当事者(相手方)と契約者との関係				
(住所)					
保険会社の管轄店名	電話	-	-		
管轄店所在地	郵便番号	-	-		

(3) 保険金(損害賠償額)請求の有無

有の場合の請求方法

イ 自賠責保険(共済)単独

ロ 自賠責保険(共済)と任意の対人賠償保険(共済)との一括

保険金(損害賠償額)の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日

氏名 金額 円 受領年月日 年 月 日

11 運行供用者が第二当事者(相手方)以外の場合の運行供用者

名称(氏名)	電話	-	-
所在地(住所)	郵便番号	-	-

12 あなた(被災者)の人身傷害補償保険に関する事

人身傷害補償保険に	加入している	していない
証券番号	第	号
保険(共済)契約者(氏名)	あなた(被災者)と契約者との関係	保険金額 万円
(住所)		
保険会社の管轄店名	電話	-
管轄店所在地	郵便番号	-
人身傷害補償保険金の請求の有無	有	無
人身傷害補償保険の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日		
氏名	金額	円
	受領年月日	年 月 日

(※) 交通事故以外の災害の場合は「届その2」を提出する必要はありません。

(届その3)

第一当事者(被災者)・第二当事者(相手方)の行動、
災害発生原因と状況をわかりやすく記入してください。

--

表 示 符 号									
自 車		横断禁止		信号		横断歩道		目	
相 手 車		人 間		号 (※赤、黄、青を 表示すること)		接 触 点		×	
進行方向		自 他 車 オートバイ		一時停止					

道路方向の地名(至〇〇方面)、道路幅、信号、横断歩道、
区画線、道路標識、接触点等くわしく記入してください。

私の過失割合は _____ %、相手の過失割合は _____ %だと思います。

理由

イ 示談が成立した。(年 月 日) ロ 交渉中
ハ 示談はしない。 ニ 示談をする予定
ホ 裁判の見込み(年 月 日頃提訴予定) (年 月 日頃予定)

	私(被災者)側	相手側(わかっていることだけ記入してください。)
部 位・ 傷 病 名		
程 度		
診療機関名称		
所 在 地		

受領年月日	支払者	金額・品目	名目	受領年月日	支払者	金額・品目	名目
受領なし							

事業主の証明	1欄の者については、2欄から6欄、13欄及び14欄に記載したとおりであることを証明します。			
	平成	年	月	日
	事業場の名称			
	事業主の氏名 (印)			

(※)通勤災害の場合には事業主の証明は必要ありません。

(届その4)

現場見取図

A full-page sheet of white graph paper with a black grid. The grid consists of small squares, approximately 10 units wide by 10 units high. There are no margins or additional markings on the page.

- 151 -

(報告書その1)

1 あなたの氏名、住所及び職業等

フリガナ

2 事故発生年月日、場所及びその時の用務

3 事故発生状況(あなた・相手方の行動・災害発生原因と状況をわかりやすく記入してください。)

4 現場見取図

道路方向の地名(至〇〇方面)、道路幅、信号、横断歩道、
区画線、道路標識、接触点等くわしく表示してください。

5 事故現場の状況(あなたが運転者の場合にのみ記入してください。)

6 事故当時のあなたの行為、心身の状況及び車両の状況(あなたが運転者の場合にのみ記入してください。)

7 災害調査を行った警察署又は派出所の名称

警察署 係(派出所)

8 災害発生の実態の現認者

- 152 -

6 第三者行為災害報告書（調査書）（報告書その2） ●×

（報告書その2）

9 あなたの自賠責保険（共済）及び任意保険（共済）に関すること（あなたが運転者の場合にのみ記入してください。）

自 賠 責	保険（共済）加入の有無		有 ・ 無		保険（共済）金請求の有無		有 ・ 無	
	保険会社（農協）	名称	所在地					
	証書番号				期間			
	契約者氏名				保有者氏名			契約者との関係
任 意	保険（共済）加入の有無		有 ・ 無		保険（共済）金請求の有無		有 ・ 無	
	保険会社（農協）	名称	所在地					
	証券番号				期間			
	保険（共済）金額	対人	万円		契約者氏名			

10 あなたの運転していた車両（あなたが運転者の場合にのみ記入してください。）

車	種	大	普	特	自二	軽自	原付自	登録番号（車両番号）		
運転者の免許	有・無	免許の種類		免許証番号		資格取得		有効期限		免許の条件

11 身体損傷及び診療機関

あなた側		相手側（わかっていることだけ記入してください。）	
部位、傷病名		部位、傷病名	
程度		程度	
診療機関名称		診療機関名称	
所在地		所在地	

12 過失割合

私の過失割合は %、相手の過失割合は %だと思います。
（理由）

13 示談について

成立した | 交渉中 | 示談はしない | 示談をする予定(年 月 日頃の予定) | 裁判の見込み(年 月 日頃提訴予定)

14 損害賠償金の支払い

年 月 日	金額又は品目	名 目	年 月 日	金額又は品目	名 目

上記の記載内容は事実と相違ありません。

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

報告人氏名 (印)

事業場所在地

※調査者氏名

代表者職氏名 (印)

あなたが業務中であつた場合にのみ代表者の証明を受けてください。

（注意）

「報告人氏名」の欄及び「代表者職氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

【記載上の注意点】

- 事項を選択する場合は該当する事項を○で囲んでください。
- 2欄の事故発生場所は、○○町○○丁目○○番地○○ストア前歩道のように具体的に記入してください。
- 8欄は、警察へ届け出ていない等で事故調査が行われていない場合に、事故の発生状況のわかる人を記入してください。
- 12欄は、あなたの判断に基づいて記入してください。また、その判断の理由についても記入してください。
- 14欄は、治療費、慰謝料、休業逸失利益、葬儀費等名目ごとに記入してください。
- 事業主の署名、捺印については、あなたが業務中に事故が発生した場合にのみ受けてください。

[illegible]

保険給付（求償権取得・債権発生）通知書リスト

歳入徴収官

長 殿

長

処理年月日

下記第一当事者（被災者）に対する保険給付により、下記第二当事者等に対する求償権を取得しましたので、通知します。

処理区分

受付番号	労働保険番号	生年月日 災害発生日	求償確認 年月日	第一当事者氏名	第二当事者氏名	自動車 事故の別	業通別	第二当 事者数	3年経過日	給付状態 再発状態	累積給付額	差し控え の事由

8 保険給付（求償権取得・債権発生）通知書リスト ○

保険給付(求償権取得・債権発生) 通知書

歳入徴収官

長 殿

長

下記第一当事者（被災者）に対する保険給付により、下記第二当事者等に対する求償権を取得しましたので、通知します。

受付番号

第一当事者氏名

第二当事者氏名

労働保険番号

第一当事者生年月日

給付基礎日額

災害発生年月日

災害発生場所

自動車事故の別								
給付種別	区分	データ受付番号・追回番号 年金証書番号	労災保険給付額	支払年月日	労災保険給付内容	等級号	受給者名	続柄 受給権者番号

10 (様式第1号) 念書(兼同意書) ●×

様式第1号

念 書 (兼 同 意 書)

災害発生年月日	平成 年 月 日	災害発生場所	
第一当事者(被災者)氏名		第二当事者(相手方)氏名	

- 上記災害に関して、労災保険給付を請求するに当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - (1) 相手方と示談や和解(裁判上・外の両方を含む。以下同じ。)を行おうとする場合は必ず前もって貴職に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受けたときは、受領の年月日、内容、金額(評価額)を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に連絡します。
- 上記災害に関して、私が相手方と行った示談や和解の内容によっては、労災保険給付を受けられない場合や、受領した労災保険給付の返納を求められる場合があることについては承知しました。
- 上記災害に関して、私が労災保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等(相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社(共済)等をいう。以下同じ。)に対する被害者請求権を、政府が労災保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
- 上記災害に関して、相手方、又は相手方が加入している保険会社等から、労災保険に先立ち、労災保険と同一の事由に基づく損害賠償金の支払を受けている場合、労災保険が給付すべき額から、私が受領した損害賠償金の額を差し引いて、更に労災保険より給付すべき額がある場合のみ、労災保険が給付されることについて、承知しました。
- 上記災害に関して、私が労災保険の請求と相手方が加入している自賠責保険又は自賠責共済(以下「自賠責保険等」という。)に対する被害者請求の両方を行い、かつ、労災保険に先行して労災保険と同一の事由の損害項目について、自賠責保険等からの支払を希望する旨の意思表示を行った場合の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 労災保険と同一の事由の損害項目について、自賠責保険等からの支払が完了するまでの間は、労災保険の支給が行われないこと。
 - (2) 自賠責保険等からの支払に時間を要する等の事情が生じたことから、自賠責保険等からの支払に先行して労災保険の給付を希望する場合には、必ず貴職及び自賠責保険等の担当者に対してその旨の連絡を行うこと。
- 上記災害に関して、私の個人情報及びこの念書(兼同意書)の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 貴職が、私の労災保険の請求、決定及び給付(その見込みを含む。)の状況等について、私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険取扱会社に対して提供すること。
 - (2) 貴職が、私の労災保険の給付及び上記3の業務に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込みを含む。)等)について、保険会社等から提供を受けること。
 - (3) 貴職が、私の労災保険の給付及び上記3の業務に関して必要な事項(保険給付額の算出基礎となる資料等)について、保険会社等に対して提供すること。
 - (4) この念書(兼同意書)をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - (5) この念書(兼同意書)を保険会社等へ提示すること。

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

請求権者の住所 _____

氏名 _____ 印

(※ 請求権者の氏名は請求権者が自署してください。)

11 (様式第2号(4)) 第三者行為災害による損害賠償の請求について ●▲
様式第2号(4)

平成 年 月 日

第三者行為災害による損害賠償の請求について

御中

労働局労災補償課

下記金額を労働者災害補償保険法第12条の4の規定により損害賠償として請求しますから、お支払い願いたく関係書類を添えて請求します。

被災者氏名			相手方氏名			災害(事故)発生日	平成 年 月 日
保険(共済)契約者氏名			保有者氏名			契約者との関係 ()	
証明書番号又は 証券番号	自賠責 任意		管轄店 (農協)				
原因自動車	登録番号又は車両番号			相手方と保有者との関係			
診療機関	名称			所在地			
被災者の傷病の部位及び傷病名							
請求金額	円						

算定基礎内訳①(全事案について記入)

	労災保険給付額 (A)	労災保険給付内容	支払 年月日
療養(補償)給付		自 至 (日分)	
休業(補償)給付 給付基礎日額 (円)		自 至 (日分)	
傷病(補償)年金		第 級 号	
障害(補償)給付	年金 一時金 前払一時金	第 級 号	
遺族(補償)給付	年金 一時金 前払一時金	受給者名 続柄	
葬祭(料)給付		受給者名 続柄	
介護(補償)給付			
前回請求時までの額			
計(1)	(A)		
その他の人的損害(慰謝料等)			
計(2)			

算定基礎内訳②(自賠責単独以外の事案について記入)

被災者の損害額 (B)	相手方(あなた側)の 損害額(C)	被災者の労災保険給付 以外の損害賠償受領済額 (D)
(1) (B)	(C)	(D)
(2) (B)	(C)	(D)
過失割合 (被災者①/相手方②) (E)	被災者の過失相殺後の 損害額((B)×(E)②) (F)	被災者の請求可能額 ((F)-(C)×(E)①-(D)) (G)
/ 省略		
政府の求償権限(A) と(G)のうち少ない額 (H)	前回までの請求金額 (I)	今回請求金額 ((H)-(I)) (J)

算定基礎内訳③(自賠責及び任意一括の場合について記入)

自賠責保険 (共済)金額 (K)	①120万円	②96万円	③その他	示談額又は既払額(L)	
求償可能限度額((K)-(L)) (M)				円	
請求金額 (N)				円	

連絡 等 事 項 考	労災給付	<input checked="" type="radio"/> 継続中 <input type="radio"/> 完了	保険関係	<input checked="" type="radio"/> 自賠責 <input type="radio"/> 任意 <input type="radio"/> 任意一括 <input type="radio"/> 非該当
	<p>担当者氏名 (○○○○○ 印)</p> <p>電話番号 (×× - ×××× - ××××)</p>			

12 (様式第3号) 交通事故発生届

様式第3号

交通事故発生届 (「交通事故証明書」が得られない場合)

当事者	① (被災者) 第一当事者	氏 名					() 歳		
		住 所					TEL		
		車両登録番号			自賠責保険証明書番号				
	② (相手方) 第二当事者	氏 名					() 歳		
		住 所					TEL		
		車両登録番号			自賠責保険証明書番号				
③ 事故発生日時		平成	年	月	日	午前	午後	時	分
④ 事故発生場所									
⑤ 災害発生状況									
⑥ 「交通事故証明書」 が得られない理由									
⑦ (被災者) 第一当事者	上記⑥の理由により、「交通事故証明書」は提出できませんが、事故発生の事実は上記①～⑤に記載 したとおりです。 平成 年 月 日 氏名 _____ ㊟ 住所 _____								
⑧ 目 撃 者	上記①～⑤に記載された事故を目撃したことを証明します。 平成 年 月 日 氏名 _____ ㊟ 住所 _____ TEL () _____								
⑨ (相手方) 第二当事者	上記①～⑤に記載された事故により①の者に損害を与えたことを自認します。 平成 年 月 日 氏名 _____ ㊟ 住所 _____ TEL _____ 事業場の名称 _____ 代表者職氏名 _____ ㊟								

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

届出人 氏名

住所

[注意]

- 警察署への届出をしなかった等のために「交通事故証明書」の提出ができない場合に提出してください。
- ①及び②の「車両登録番号」及び「自賠責保険証明書番号」の欄には、交通事故発生時において、被災者又は第三者が乗車していた車両に関する事項を記載してください。
- ⑨の「事業場の名称」及び「代表者職氏名」の欄には、⑨の第三者が業務中であった場合のみ⑨の第三者の代表者の証明を受けてください。
- ⑦、⑧及び⑨の「氏名」の欄、⑨の「代表者職氏名」の欄及び「届出人氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

13 (様式第4号) 第三者行為災害報告書の提出について(依頼) ●▲

様式第4号

平成 年 月 日

殿

労働基準監督署

第三者行為災害報告書の提出について(依頼)

_____ にお

いて、あなたと _____ との間に発生した災害(事故)に関しまして、

この度 _____ から労災保険給付の請求がありました。

つきましては、本件災害の発生状況等について、お忙しいところ大変恐れ入りますが、

別添報告書を平成 年 月 日までに御回答くださいますよう、よろしくお願いいたします。

上記の期日までに御回答いただけなかった場合は、相手方の申立てによって本件災害の過失割合等が決定されることがありますので、念のために申し添えます。

また、政府による労災保険給付があなたの損害賠償より先に行われると、あなたが行うべき損害賠償を結果的に政府が肩代わりした形になります。この場合、労災保険法第12条の4第1項の規定により、政府はあなたが損害賠償責任を負う範囲内で労災保険給付に相当する額をあなたに請求する場合がございますので、ご注意ください。

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

_____ 労働基準監督署 担当者 _____ 印

14 (様式第5号) 労働者災害補償保険の保険給付についての通知及び
損害賠償等についての照会 ●▲

様式第5号

平成 年 月 日

□

御中

労働局労災補償課
労働基準監督署

労働者災害補償保険の保険給付についての通知及び損害賠償等についての照会

第一当事者(被災者)	氏名			歳
	住所			
事故年月日		場 所		
第二当事者(相手方)氏名		契約者氏名	登録番号(車両番号)	
自賠責保険(共済)・証明書番号			自動車保険(共済)・証券番号	

上記第一当事者(被災者)の第三者行為災害に関し、自賠責保険(共済)及び自動車保険(共済)においていかなる処理がなされたか等について承知したいので、労災保険給付予定を通知するとともに照会します。

なお、御回答は平成 年 月 日までをお願いします。その際、全ての事項について回答できない場合には、回答できる事項から順次御回答願います。

1. 通知事項

保険給付予定

平成 年 月 日予定 円 療養、休業、障害、傷病、遺族、葬祭、介護
対象期間(療養、休業のみ) 療養 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)
休業 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)

2. 照会事項

イ 別紙回答書の事項

ロ 別紙回答書のうち5. 過失割合に対する意見及び判断の根拠を除いた事項

(○で囲んだ方について御回答願います。)

なお、自賠責保険(共済)又は自動車保険(共済)の保険金、共済金、損害賠償額、仮渡金又は内払金の支払に先立って、上記保険給付を行った場合には、労働者災害補償保険法第12条の4の規定により、貴殿に対し求償致しますことを念のため申し添えます。

(郵便番号) _____ (所在地) _____
(電話番号) _____ (FAX) _____
_____ (担当者) _____ 印

15 (様式第6号) 損害賠償等につき回答 ●×

様式第6号

平成 年 月 日

労働局長 殿

労働基準監督署長 殿

会社名
(共済連名)

責任者氏名 印

担当者氏名 印

〒 -

住所

電話 - -

損害賠償等につき回答

第一当事者(被災者)	事故発生日年月日
------------	----------

上記第一当事者(被災者)に関する により照会の件につき、下記のとおり回答します。

1. 自賠責保険(共済)に関する事項

保有者	証明番号
調査事務所(共済連)	
調査事務所受付番号	
仮渡金の支払の有無	<input type="checkbox"/> 有(円)・ <input type="checkbox"/> 無

2. 任意保険(共済)に関する事項

被保険 (共済)者	氏名
	住所
証券番号	
保険会社事故番号	

3. 共通事項

- ☐ イ. 保険金等が支払われている場合
(内訳は別紙又は任意保険の損害額積算明細書等記載のとおり)
- ☐ ロ. 保険金等の請求があるも未払いのとき

支払予定年月日	支払予定金額	円
支払予定が未定の場合にはその理由 (支払予定がない場合にはその理由)		

- ☐ ハ. 保険金等の請求がない。

4. 示談

☐有(示談成立年月日:)・☐無

5. 過失割合に対する意見及び判断の根拠

(意見) 第一当事者(被災者) % : 第二当事者(相手方) %
(根拠)

注: (1) 上記3.イについては、内訳が明らかなものについて裏面に記入してください。

なお、内訳が不明な場合であっても、裏面の「キ備考」又は「ク特記事項」にその旨を記入してください。

(2) 上記4.及び5.については、任意保険(共済)(任意一括を含む。)の場合にのみ記入してください。

(3) 上記4.について示談が締結された場合には示談書の写しを添付してください。

(4) 上記5.については必要に応じ資料を添付してください。

(5) 「責任者氏名」欄及び「担当者氏名」欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

(6) 宛名の下線部には、行政からの送付文書に記載された労働局又は労働基準監督署名を記載してください。

15 (様式第 6 号) 損害賠償等につき回答(裏面) ●×

様式第6号裏面 保険金等が支払われている場合の内訳

ア) 損害の種類	イ) 損害額	ウ) 支払額	エ) 支払対象期間	オ) 支払年月日	カ) 受領者	キ) 備考
① 治療費		円	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	年 月 日 ~ 年 月 日		
② 文書料		円	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	年 月 日 ~ 年 月 日		
③ 看護料		円	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	年 月 日 ~ 年 月 日		
④ 諸雑費		円	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	年 月 日 ~ 年 月 日		
⑤ 通院費		円	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	年 月 日 ~ 年 月 日		
⑥ 休業損害 日額 (円)		円	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	年 月 日 ~ 年 月 日		
⑦ 慰謝料		円		年 月 日 ~ 年 月 日		
⑧ その他費用		円	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	年 月 日 ~ 年 月 日		
⑨ 後遺障害 逸失利益		円		年 月 日 ~ 年 月 日		
⑩ 介護料		円		年 月 日 ~ 年 月 日		
⑪ 慰謝料等		円		年 月 日 ~ 年 月 日		
⑫ 逸失利益		円		年 月 日 ~ 年 月 日		
⑬ 慰謝料		円		年 月 日 ~ 年 月 日		
⑭ 葬儀費		円		年 月 日 ~ 年 月 日		
⑮		円		年 月 日 ~ 年 月 日		
⑯ 合計 (うち労災給付額)		円				

カ) 特記事項

- (注) 1. 「後遺障害」にかかる「⑪慰謝料等」には、慰謝料のほか家屋改造費を含むものである。
2. 「エ) 支払対象期間」には、始期と終期を明記すること。
3. 「オ) 支払年月日」には、複数回支払を行った場合に最初の支払日と最終の支払日を明記し、備考欄に支払回数を記入すること。
4. 「ウ) 支払額」には、原則として、①～⑭の各項目別に、過失割合適用後の支払額を記入すること。
ただし、過失割合適用後の各支払額が記載困難な場合は、⑮ア) 欄に「過失割合減額分」等と記載の上、⑮カ) 欄に過失割合分の控除額を負の整数で記載すること。
5. 労災給付済額を把握している場合であっても、「イ) 損害額」には原則として計上しないこと。
計上する必要がある場合には、内訳がわかるよう、「イ) 損害額」の下段に()で労災給付済額を記入すること。
6. 「カ) 特記事項」には、各「キ) 備考」に記載しきれない情報等について、①～⑯とア)～カ)の対応番号を明記の上、記載すること。
7. 本内訳書の内容を網羅する場合は、別途の資料により本内訳書に代えても差し支えない。

16 (様式第7号) 損害賠償等についての照会に対する回答の提出について ●▲

様式第7号

平成 年 月 日

御中

労働局労災補償課

労働基準監督署

損害賠償等についての照会に対する回答の提出について

平成 年 月 日付け _____ により照会した第一当事者(被災者)
_____ に関する件につき、貴殿の御回答がいまだ本職あて提出されてお
らず、労災保険の事務処理に支障を来しております。

ついては、平成 年 月 日 まで に必ず御回答下さるよう重ねてお願い申し上げ
ます。

また、全ての事項につき回答ができない場合には、回答できる事項から順次御回答願
います。

本件につきましては何か御不明な点等ありましたら、下記まで御照会ください。

(連絡先)

労働基準監督署

(担当者)

印

(TEL)

(FAX)

なお、過失割合に対する第一当事者(被災者)の主張は、第一当事者(被災者) _____ %、
第二当事者(相手方) _____ %となっておりますが、上記期限までに御回答のない場合に
は、当方が判断する過失割合に基づき事務処理を行う場合があることを念のため申し添え
ます。

様式第 8 号

平成 年 月 日

損害賠償請求の予告について

殿

労働局労災補償課

被災者氏名		相手方氏名	
災害の種類		災害発生年月日	

上記被災者に対し、労災保険給付を行ったので、労働者災害補償保険法第12条の4の規定に基づき、保険給付額を限度として貴殿に請求することとなりますのであらかじめ通知いたします。

なお、請求金額は別添(様式2号(4))のとおりとなり、本予告日より概ね1か月後を目処に、納入の告知を以て請求を行うこととなりますが、被災者の損害賠償金受領状況等を踏まえ、請求金額については増減する可能性がございますのでご承知ください。

また、被災者の保険給付が継続中の場合には、下記の対象期間以降の保険給付分に係る損害賠償請求については、別途事前予告の上、請求することとなりますので念のため申し添えます。

この件につきまして何か御不明な点等ありましたら、下記まで御照会ください。

(連絡先)

労働局労災補償課 (担当者) 印
(TEL)

18 (様式第 11 号) 第三者行為災害処理経過簿 ○

様式第11号

		第三者行為災害処理経過簿													
受付番号		労働保険番号		所属		所属		管轄		証明番号		証明番号			
受付年月日															
災害発生日時															
災害発生場所															
		第一当事者 (被災者)							第二当事者 (相手方)						
氏名															
住所															
所属事業場															
所在地															
代表者職氏名															
事業主責任の有無															
自賠責保険 自賠責保険及び自動車保険関係	管轄店名														
	所在地														
	証明書番号														
	保険(共済)契約者														
	照会年月日					督促年月日					回答年月日				
	保険(共済)金の支払														
	管轄店名														
	所在地														
	証券番号														
	保険(共済)契約者														
自動車保険	保険(共済)金額	対人 () 円													
	照会年月日					督促年月日					回答年月日				
	保険(共済)金の支払														
	第三者行為災害報告書	送付								回答					
	実地調査	対象	被災者							相手方					
調査年月日															
復命書番号															
受付書類	第三者行為災害届								念書						
	交通事故証明書														
保険給付(求償権取得・償権発生)通知	初回通知年月日								最新通知年月日						
備考															

18 (様式第 11 号) 第三者行為災害処理経過簿(裏面) ○

[illegible]

相手方区分

01 第二当事者本人 02 自賠償保険会社（共済） 03 任意保険会社（共済）
04 使用者 05 運行供用者 06 その他

19 (様式第13号) 労働者災害補償保険の請求についてのお知らせ ●▲
様式第13号

平成 年 月 日

_____ 御中

_____ 労働基準監督署

労働者災害補償保険の請求についてのお知らせ

第一当事者 (被災者)	氏名				男・女	歳
	住所					
事故年月日				場所		
人身傷害補償 保険契約者氏名			人身傷害補償 保険証券番号	第一当事者方 登録番号(車両番号)		

上記第一当事者(被災者)の第三者行為災害に関し、労災保険給付の請求がありましたので、今後、当該第一当事者は労災保険給付を受ける可能性があることをお知らせいたします。

なお、今後これ以外にも請求のある給付の種類は増える場合があります。

請求のあった労災保険給付(該当するものに○)

- イ 療養(補償)給付
- ロ 休業(補償)給付
- ハ 障害(補償)給付
- ニ 遺族(補償)給付
- ホ 葬祭料(葬祭給付)
- ヘ 介護(補償)給付

(郵便番号) _____ (所在地) _____

(電話) _____ (FAX) _____

_____ 労働基準監督署(担当者) _____ 印

20 (様式第 14 号) 労働者災害補償保険の給付状況等についての照会
様式第14号

平成 年 月 日

_____ 労働基準監督署長 殿

会社名 _____
責任者氏名 _____ 印
担当者氏名 _____ 印

労働者災害補償保険の給付状況等についての照会

第一当事者 (被災者)	フリガナ 氏 名		男 ・ 女	生年 月 日	大正 昭和 平成	年	月	日
	住 所							
事故年月日	平成	年	月	日	場 所			
人身傷害補償 保険契約者氏名					第一当事者方 登録番号(車両番号)			

上記第一当事者(被災者)の第三者行為災害に関し、現時点における労災保険給付に係る支給決定及び給付状況について照会します(社会復帰促進等事業に基づく特別支給金を除きます。).

なお、御回答は平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日までをお願いします。

(郵便番号) _____ (所在地) _____

(電話) _____ (FAX) _____

(管轄店名) _____ (担当者氏名) _____

※宛名の下線部には、行政からの送付文書に記載された労働基準監督署名を記載してください。

21 (様式第 15 号) 労働者災害補償保険の給付状況等についての回答 ●▲
様式第15号

平成 年 月 日

□

御中

労働基準監督署

労働者災害補償保険の給付状況等についての回答

第一当事者(被災者)		事故年月日	
------------	--	-------	--

上記第一当事者(被災者)に関する平成 年 月 日付け文書により照会の件につき、下記のとおり回答します(社会復帰促進等事業に基づく特別支給金を除きます。)

記

1 支給決定済みのもの(平成 年 月 日現在)

(1) 支払済みのもの

- イ 療養(補償)給付計 円(対象期間平成 年 月 日～平成 年 月 日)
- ロ 休業(補償)給付計 円(対象期間平成 年 月 日～平成 年 月 日)
- うち休業実日数 日分、給付基礎日額 円)
- ハ 傷病(補償)年金計 円 年 金(平成 年 月分～平成 年 月分)
- ニ 障害(補償)給付計 円 一時金・年金(平成 年 月分～平成 年 月分)
- ホ 遺族(補償)給付計 円 一時金・年金(平成 年 月分～平成 年 月分)
- ヘ 葬祭料(葬祭給付) 円
- ト 介護(補償)給付計 円(対象期間平成 年 月分～平成 年 月分)

(2) 支給決定は行ったが、いまだ支払っていないもの(2回目以降の年金給付を除く。)

(補償)給付 円(平成 年 月 日支給決定、平成 年 月 日支払予定)

2 請求があつたが支給決定をしていないもの(平成 年 月 日現在)

- イ 療養(補償)給付(対象期間平成 年 月 日～平成 年 月 日)
- ロ 休業(補償)給付(対象期間平成 年 月 日～平成 年 月 日)
- ハ 障害(補償)給付
- ニ 遺族(補償)給付(一時金・年金)
- ホ 葬祭料(葬祭給付)
- ヘ 介護(補償)給付(対象期間平成 年 月分～平成 年 月分)

(担当者氏名)

印(電話)

(1/2 枚目)

平成 年 月 日

署受付日付

郵便番号 (-)

電 話 (自宅)	-	-
(携帯)	-	-

フリガナ
氏 名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)

職 種 _____

[illegible]

代表者（役職）
（氏名）

場所 _____

代表者（役職）担当者（所属部課名）
 （氏名）（氏名）

所在地 郵便番号 一

[illegible]

22 第三者行為災害届（派遣労働者の業務災害）（直接の加害行為がない場合） ●

（2/2 枚目）

8 身体損傷及び診療機関

	私（被災者）側
部位・傷病名	
程 度	
診療機関名称	
所 在 地	

9 示談について

- イ 示談が成立した。（ 年 月 日） ロ 交渉中
 ハ 示談はしない。 ニ 示談をする予定（ 年 月 日頃予定）
 ホ 裁判の見込み（ 年 月 日頃提訴予定）

10 損害賠償金の支払い

受領年月日	支 払 者	金額・品目	名 目

11 その他

災害発生原因の過失割合などについて申し立てる事項がある場合には記入してください。

事業主の証明	1 欄の者については、2～4 欄、6 欄及び7 欄に記入したとおりであることを証明します。
	平成 年 月 日
	事業場の名称 _____
	事業主の氏名 _____ （法人の場合は代表者の役職・氏名）

三者行為災害届を記載するに当たっての注意事項

- すみやかに提出してください。
 なお、不明な事実がある場合には、空欄とし、提出時に申し出てください。
- 第一当事者（被災者）とは、労災保険給付を受ける原因となった業務災害を被った者をいいます。
- 災害発生の場所は、〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇工場内のように具体的に記入してください。
- 第二当事者（派遣先）側と示談を行う場合には、あらかじめ書簡労働基準監督署に必ず御相談ください。示談の内容によつては、保険給付を受けられない場合があります。
- 損害賠償金を受領した場合には、損害賠償の名目を問わずすべて記入してください。
- この届用紙に書ききれない場合には、適宜別紙に記載してあわせて提出してください。
- 「保険給付請求権者の氏名」の欄及び「事業主の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

平成 年 月 日

- 173 -

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(1/13 枚目)

様式第1号（第4条関係）

(表)

損 害 賠 償 請 求 書

※ (都道府県) No. ()

<p>防衛局長 東海防衛支局長 殿</p> <p>下記により、合衆国軍隊等の行為等による損害の賠償を 請求する。</p> <p>平成 年 月 日</p>		<p>請求者 <small>ふりがな</small> 住 所 <small>ふりがな</small> 氏 名</p> <p>被害者との続柄</p>																									
被 害 者	氏名及び生年月日： 年 月 日		男 女																								
	<p><small>ふりがな</small> 住 所： 本籍地： 職 業： 既往の身体障害又は異状：</p>																										
事 故 の 概 要	<p>事故発生日時：平成 年 月 日 前 後 時 分</p> <p><small>ふりがな</small> 事故発生場所： 加害者、事故の状況等</p>																										
請 求 額	<table border="0"> <tr> <td>療養賠償 円</td> <td>葬 祭 料 円</td> </tr> <tr> <td>休業賠償 円</td> <td>慰 謝 料 円</td> </tr> <tr> <td>障害賠償 円</td> <td>財 産 賠 償 円</td> </tr> <tr> <td>遺 族 賠 償 円 及び遺族旅費</td> <td>合 計 円</td> </tr> </table>			療養賠償 円	葬 祭 料 円	休業賠償 円	慰 謝 料 円	障害賠償 円	財 産 賠 償 円	遺 族 賠 償 円 及び遺族旅費	合 計 円																
療養賠償 円	葬 祭 料 円																										
休業賠償 円	慰 謝 料 円																										
障害賠償 円	財 産 賠 償 円																										
遺 族 賠 償 円 及び遺族旅費	合 計 円																										
上記請求額の うち他から既 に受領した 金 額	<table border="0"> <tr> <td>損害保険金 円</td> <td>金 額</td> <td>支給機関</td> <td>国民健康保険法 円</td> <td>金 額</td> <td>支給機関</td> </tr> <tr> <td>労働基準法 円</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>船員保険法 円</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>労働者災害補償保険法 円</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>そ の 他 円</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>健康保険法 円</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>合 計 円</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			損害保険金 円	金 額	支給機関	国民健康保険法 円	金 額	支給機関	労働基準法 円	()	()	船員保険法 円	()	()	労働者災害補償保険法 円	()	()	そ の 他 円	()	()	健康保険法 円	()	()	合 計 円		
損害保険金 円	金 額	支給機関	国民健康保険法 円	金 額	支給機関																						
労働基準法 円	()	()	船員保険法 円	()	()																						
労働者災害補償保険法 円	()	()	そ の 他 円	()	()																						
健康保険法 円	()	()	合 計 円																								
遺 族	<p>氏 名 生年月日 被害者との続柄 住 所</p>																										
証 人	<p>氏 名 生年月日 住 所</p>																										
添 付 書 類																											
備 考																											

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(2/13 枚目)

(裏)

請求書の提出に当たっての注意

1. 請求者は、事故発生場所を管轄する地方防衛局長（事故発生場所が東海防衛支局の管轄区域内にある場合にあっては、東海防衛支局長）へ提出するのですが、特別の理由があるときは、あなたの住所地を管轄する地方防衛局長（あなたの住居地が東海防衛支局の管轄区域内にある場合にあっては、東海防衛支局長）を経由して提出することができます。
2. 代理人により賠償を請求するときは、代理人に賠償の請求及び賠償金等の受領を委任する委任状を請求書に添付してください。
3. 請求書には、次表に掲げる書類を添付してください。なお、必要に応じ地方防衛局長又は東海防衛支局長が要求する書類を提出してください。

賠償の別	賠償の内容	請求書に添付する書類
療養賠償	合衆国軍隊等の行為等により負傷し、又は病気にかかったため、その療養の費用を請求するもの	療養の内容を記載した医師の証明書、療養費の内容を明らかにすることができる請求書、領収書等及び療養雑費の内容を明らかにする資料
休業賠償	合衆国軍隊等の行為等により損害を受けたため、得ることができない業務上の収入を請求するもの	勤務先の給与額証明書（給与所得者以外の者は、税務署の所得金額証明書） 勤務先の療養欠勤における支給給与額の証明書 休業証明書（給与所得者のときは勤務先の代表者、その他の者は市町村長等の証明書）
障害賠償	合衆国軍隊等の行為等により負傷し、又は病気にかかり、治ったときなお身体に障害があるときに請求するもの	身体障害の程度を記載した医師の証明書 勤務先の給与額証明書（給与所得者以外の者は、税務署の所得金額証明書）
遺族賠償及び遺族旅費葬祭料	合衆国軍隊等の行為等により死亡したときに請求するもの	死亡診断書 勤務先の給与額証明書（給与所得者以外の者は、税務署の所得金額証明書） 戸籍謄本 葬祭料の内容を明らかにする資料
財産賠償	合衆国軍隊等の行為等による不動産及び動産の損害を請求するもの	財産損害申告書及び次の書類 イ 修理可能のとき 信用ある業者の修理見積内訳書又は既に修理したときはそれに要した額を証明する領収書及びその内訳書 ロ 修理不可能のとき 信用ある業者の再取得又は再建築見積内訳書 ハ 登記簿謄本等

4 ※印の箇所には、記入しないでください。

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(3/13 枚目)

様式第2号 (第5条関係)

書式 C-7
Form C-7

損害賠償請求通知及び事故発生証明書

CLAIMS NOTICE / INCIDENT CERTIFICATE
UNDER
ARTICLE X VII, STATUS OF FORCES AGREEMENT

日付
Date: _____

司令官殿 TO: Commanding Officer		賠償将校気付 ATTN: Claims Officer	発 FROM:
所属部隊名 Unit, Camp, Base, Station :		APO-FPO	防衛局長 東海防衛支局長 Director, General, Regional Defense Bureau Director, Tokai Defense Branch

1. 当方は、下記のと通りの請求を受理したことを通知する。
It is requested that the following U.S. information be forwarded to this office:

a. 請求者・被害者名 Name of Claimant/Injured Person:	d. 請求額 Amount of Claim:
b. 住所 Address:	療養賠償 Medical Treatment ¥
c. 請求提出年月日 Date Claim Presented:	休業賠償 Inability to Work ¥
	障害賠償 Physical Handicap ¥
	遺族賠償及び遺族旅費 Bereaved Family and Their Travel Expenses ¥
	葬祭料 Funeral Rites ¥
	慰謝料 Pain and Suffering ¥
	財産賠償 Property Damage ¥
	合計 Total ¥

2. 本請求は、下記の事故による。
The claim is said to have arisen from the following incident.

a. 場 所 Place:	b. 日付 Date:	c. 事故種別 (交通・暴行等) Type (traffic, assault, etc):
------------------	----------------	---

d. 米側当事者
U.S. Party Involved:

氏 名 Name:	階 級 Grade:	部 隊 Unit:	軍 別 Service:
--------------	---------------	--------------	-----------------

証人
Witnesses:

氏 名 Name:	住 所 Address:
--------------	-----------------

3. 事故内容
Description of Incident:

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(4/13 枚目)

書式 C-7 (続き)
Form C-7 (Cont'd)

4. 下記の米側資料を当方へ提出することを要求する。 It is requested the following U.S. informations be forwarded to this office:	
防衛局長 東海防衛支局長 Director, General, Regional Defense Bureau Director, Tokai Defense Branch	署名 Signature:
FOR U. S. CLAIMS OFFICER	
5. 請求者・被害側当事者 Claimant/Injured Party:	
a. 氏名 Name (If known):	b. 住所 Address:
6. 事故 Incident:	
a. 日付 Date:	b. 場所 Place:
7. 事故内容 Description of Incident:	
8. 米側当事者 U.S. Party Involved:	
a. 氏名 Name:	b. 階級 Grade:
c. 所属部隊名 Unit or Organization:	d. 軍別 Service:
9. 証明 Certification:	
Date:	
氏名・階級・部隊名 Name, Grade and Organization:	署名 Signature:

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(5/13 枚目)

様式第 3 号（第 6 条関係）

書式 C-1
Form C-1

損 害 賠 償 請 求 受 理 通 知 書
NOTIFICATION OF RECEIPT OF CLAIM
PRESENTED UNDER
ARTICLE X VIII, STATUS OF FORCES AGREEMENT

1. 請求者氏名 Claimant:	2. 整理番号 File Number:
3. 請求者住所 Claimant's Address:	4. 請求額 Amount Claimed:
5. 事故発生場所 Place of Accident:	a. 療養賠償 Medical Treatment ¥
6. 事故発生年月日 Date of Accident:	b. 休業賠償 Inability to Work ¥
7. 請求提出年月日 Date Claim Presented:	c. 障害賠償 Physical Handicap ¥
8. 当事者 Parties Involved:	d. 遺族賠償及び遺族旅費 Bereaved Family and their Travel Expenses ¥
a. 米側当事者 U.S. Party:	e. 葬祭料 Funeral Rites ¥
b. 被害側当事者 Injured Party:	f. 慰謝料 Pain and Suffering ¥
	g. 財産賠償 Property Damage ¥
	合 計 Total ¥
9. 事故内容 Description of Accident:	
10. 証明 Justification: 上記損害賠償請求は、日本政府によって十分に考慮され、かつ、地位協定第 18 条に基づいて受理できるものと認める。 The foregoing claim has been fully considered by the Japanese Government and is deemed acceptable under Article X VIII, Status of Forces Agreement.	
署名 Signature: _____	
日付 Date: _____	
防衛大臣 Minister of Defense	

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(6/13 枚目)

様式第 4 号 (第 6 条関係)

書式 C-2
Form C-2

公務上・外の証明書
CERTIFICATE OF SCOPE OF EMPLOYMENT
UNDER
ARTICLE X VIII, STATUS OF FORCES AGREEMENT

1. 請求者氏名 Claimant:	2. 整理番号 File Number:
3. 請求者住所 Claimant's Address:	4. 事故発生場所 Place of Accident:
5. 事故発生日 Date of Accident:	6. 請求提出年月日 Date Claim Presented:
7.a. 合衆国軍隊、構成員又は被用者 (該当する箇所に×印を記入すること。) U.S. Armed Forces, Member or Employee: (Check applicable block) <input type="checkbox"/> 合衆国軍隊の構成員 Member of Armed Forces <input type="checkbox"/> 合衆国軍隊の文民 (軍属) Civilian Employee of Armed Forces <input type="checkbox"/> 合衆国軍隊の日本人被用者 Japanese National Civilian Employee of Armed Forces <input type="checkbox"/> 合衆国軍隊の第三人被用者 Other National Civilian Employee of Armed Forces <input type="checkbox"/> 合衆国軍隊 Armed Forces	b. 日本国の自衛隊、構成員又は被用者 (該当する箇所に×を記入すること。) Japanese Self-Defense Forces, Member or Employee: (Check applicable block) <input type="checkbox"/> 自衛隊の構成員 Member of Self-Defense Forces <input type="checkbox"/> 自衛隊の被用者 Employee of Self-Defense Forces <input type="checkbox"/> 自衛隊 Self-Defense Forces
c. <input type="checkbox"/> 日米共同 Joint Japan - U.S.:	
d. 軍別 (該当する箇所に×印を記入すること。) Service: (Check applicable block) <input type="checkbox"/> 陸軍 <input type="checkbox"/> 海軍 <input type="checkbox"/> 空軍 Army Navy Air Force	e. 隊別 (該当する箇所に×印を記入すること。) Service: (Check applicable block) <input type="checkbox"/> 陸上 <input type="checkbox"/> 海上 <input type="checkbox"/> 航空 Ground Maritime Air
8.a. 米側当事者は、事故発生当時公務執行中であった。 (該当する箇所に×印を記入すること。) United States party was acting in the performance of official duty at the time of accident or incident. (Check applicable block) <input type="checkbox"/> 諾 <input type="checkbox"/> 否 Yes No	b. 日本側当事者は、事故発生当時公務執行中であった。 (該当する箇所に×印を記入すること。) Japanese party was acting in the performance of official duty at the time of accident or incident. (Check applicable block) <input type="checkbox"/> 諾 <input type="checkbox"/> 否 Yes No
9.a. 合衆国のために For the United States:	b. 日本国のために For Japan:
署名 Signature: _____ 日付 Date: _____ 氏名・階級 Name and Grade 賠償部長 Chief, Claims Division	署名 Signature: _____ 日付 Date: _____ 氏名 Name 防衛大臣 Minister of Defense

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(7/13 枚目)

様式第5号 (第6条関係)

書式 C-3
Form C-3

損 害 の 原 因 確 認 書
CONFIRMATION OF CAUSATION OF DAMAGES
UNDER
ARTICLE X VIII, STATUS OF FORCES AGREEMENT

1. 請求者氏名 Claimant:	2. 整理番号 File Number:
3. 請求者住所 Claimant's Address:	4. 事故発生場所 Place of Accident:
5. 事故発生年月日 Date of Accident:	6. 請求提出年月日 Date Claim Presented:
7. 当事者 Parties Involved: a. 米側当事者 U.S. Party:	
b. 被害側当事者 Injured Party:	
8. 十分考慮した結果、請求者の損害は、下記によって生じたことを双方が合意した。 After full consideration it is mutually agreed that claimant's damages were caused:	
<input type="checkbox"/> a. 米側当事者の全面的な作為又は不作為による。 Wholly by act or omission of U.S. party.	
<input type="checkbox"/> b. 米側当事者及びその他の者の相互の過失による。 By mutual fault of U.S. party and another.	
米側当事者の過失 U.S. party's fault _____ %	
被害側当事者の過失 Injured party's fault _____ %	
上記以外の者の過失 Fault of another _____ %	
<input type="checkbox"/> c. 米側当事者の作為又は不作為によらない。 By no act or omission of U.S. party.	
9.a. 日本国のために For Japan:	9.b. 合衆国のために For the United States:
署名 Signature: _____	署名 Signature: _____
日付 Date: _____	日付 Date: _____
氏名 Name	氏名・階級 Name and Grade
防衛大臣 Minister of Defense	賠償部長 Chief, Claims Division

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(8/13 枚目)

様式第6号 (第8条関係)

日付
Date : _____

防衛局長 殿
東海防衛支局長
To: Director, General, Regional Defense Bureau
Director, Tokai Defense Branch

同 意 書
LETTER OF AGREEMENT

平成 年 月 日
において発生した事故につき、地位協定第18条の規定に基づき賠償請求をしたが、その事故によるすべての損害に対する賠償請求の最終的解決として下記賠償金額を受領することに同意する。
なお、下記金額を受領の上は、いかなる理由でも今後本事故による損害について請求は行わない。

I hereby agree to accept the amount of compensation for damages mentioned below, for which claim has been made under the provisions of Article XVIII of the Status of Forces Agreement, in full settlement of all claims arising out of the incident which occurred on

_____, 20____ at _____.

I further declare that upon acceptance of the stated amount I will under no circumstances make any other claim for damages arising from this incident.

賠償総額	
Total Amount of Compensation:	¥
内 訳	
Breakdown	
療養賠償	
Medical Treatment	¥
休業賠償	
Inability to Work	¥
障害賠償	
Physical Handicap	¥
遺族賠償及び遺族旅費	
Bereaved Family and their Travel Expenses	¥
葬祭料	
Funeral Rites	¥
慰謝料	
Pain and Suffering	¥
財産賠償	
Property Damage	¥

署 名
Signed by: _____
請求者
Claimant

住 所
Address : _____

本写しは正確であることを証明する。
Certified as a true copy.

証明者名
Certified by: _____

防衛局長
東海防衛支局長
Director, General, Regional Defense Bureau
Director, Tokai Defense Branch

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(9/13 枚目)

様式第7号 (第8条関係)

書式 C-4
Form C-4

支 払 報 告 書
PAYMENT STATEMENT
UNDER
ARTICLE X VIII, STATUS OF FORCES AGREEMENT

日付
Date: _____

償還請求のための損害賠償請求書一覧表
Request List of Claims:

請求番号 _____ 番号 _____ ☐陸軍 _____ ☐海軍 _____ ☐空軍 _____
Request Number _____ Line _____ Army _____ Navy _____ Air Force _____

1. 請求者氏名 Claimant:	2. 整理番号 File Number:
3. 請求者住所 Claimant's Address:	4. 事故発生場所 Place of Accident:
5. 事故発生年月日 Date of Accident:	6. 請求提出年月日 Date Claim Presented:
7. 認定の根拠 (事実関係、当事者の過失程度、適用法及びその他関係資料) Findings: (Statement of facts, degree of negligence of parties, discussion of law, and other pertinent data)	
8. 賠償金額 Amount of Award:	9. 賠償金支払当局 Authority Making Award:
10. 賠償金支払年月日 Date of Payment of Award:	11. 米側償還金額 Certified Amount of Payment Due from United States:
12. 摘 要 Remarks:	
13. 日本国のために For Japan:	
氏名・官職 Name and Title:	署 名 Signature:
14. 別 紙 Inclosures: 同意書 Letter of Agreement 受領書 Receipt	

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(10/13 枚目)

様式第 8 号 (第 10 条関係)

書式 C - 1 3
Form C - 1 3

償 還 請 求 書

REIMBURSEMENT REQUEST
UNDER

ARTICLE X VII, STATUS OF FORCES AGREEMENT

在日米軍賠償部長殿 To: Chief, U.S. Armed Forces Claims Service, Japan	日付 Date:	
請求金額 Amount Requested:	請求番号 Request No.:	軍別 Service:
受取人 日本国政府防衛省の口座預入先として東京都港区虎ノ門 1 丁目 6 番 1 2 号大手町建物虎ノ門ビル 3 F 三井住友銀行 Payee: Sumitomo Mitsui Banking Corporation, 3F, Ootemachi-Tatenomon-Toranomon-Building, 6-12, 1-chome, Toranomon, Minato-ku, Tokyo for deposit to the account of Ministry of Defense, Government of Japan		損害賠償請求件数 Number of Individual Claims:

証明
Certificate:

添付された償還請求のための損害賠償請求書一覧表記載の損害賠償請求は、地位協定第 18 条第 6 項 (a) に規定する日本国の自衛隊の行動から生ずる請求権に関する日本国の法令に従い日本国政府により解決されたこと、また、その支払金額は、正しく記載されて日本国政府により実際に支払われ、かつ、日本国の自衛隊の構成員及び被用者が公務執行中に人身傷害、死亡又は財産損害を与えたときに法的に支払われる金額を超えたものでないことを証明する。

I certify that the claims listed in the attached Request List of Claims have been settled by the Government of Japan in accordance with the laws and regulations of Japan with respect to claims arising from the activities of its Self-Defense Forces as provided in paragraph 5 (a), Article XV III of the Status of Forces Agreement; that the amount paid are correctly shown, were actually made by the Government of Japan, and are not in excess of amounts that could legally have been paid, had the personal injury, death or property damage been caused by a member or an employee of Self-Defense Forces of Japan in the performance of official duties.

日本国のために
For Japan:

氏名・官職 Name and Official Capacity: 日本国政府防衛省経理装備局会計課長 Director, Accounting Division Bureau of Finance and Equipment Ministry of Defense Government of Japan	署名 Signature:
---	------------------

別紙
Inclosure: 償還請求のための損害賠償請求書一覧表
Request List of claims

様式第9号 (第10条関係)

書式C-14
Form C-14

償還請求のための損害賠償請求書一覧表
REQUEST LIST OF CLAIMS

ページの内 ページ
Page of Pages

軍別
Service: _____
請求番号
Request No.: _____

番 号 Line	整 理 番 号 File Number		請 求 者 Claimant	事故発生年月日 Date of Accident	日本側支払金額 Award Paid by Japan		米 国 側 負 担 金 U. S. Share Due
	日本側 Japan	米 国 側 U. S.			日付 Date	金額 Amount	

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(12/13 枚目)

様式第10号 (第11条関係)

寄式 C-5
Form C-5

公務外損害補償請求書

NON-OFFICIAL DUTY CLAIM

1. 請求者氏名 Claimant:	2. 整理番号 File Number:
3. 請求者住所 Claimant's Address:	4. 請求額 Amount Claimed:
5. 事故発生場所 Place of Accident:	a. 療養補償 Medical Treatment ¥
6. 事故発生年月日 Date of Accident:	b. 休業補償 Inability to Work ¥
7. 米側当事者一氏名・所属 U.S. Party-Name and Organization:	c. 障害補償 Physical Handicap ¥
	d. 遺族補償及び遺族旅費 Deceased Family and their Travel Expenses ¥
	e. 葬祭料 Funeral Rites ¥
	f. 慰謝料 Pain and Suffering ¥
	g. 財産補償 Property Damage ¥
	合 計 Total ¥
8. 事故内容 (関係者、財産及び事故の原因を明示し、損害、傷害又は死亡に関するすべての事実及び状況を簡単に記入すること。) Description of Accident: (State briefly all known facts and circumstances attending the damage, injury or death, identifying persons and property involved and the cause thereof.)	
9. 請求理由 Basis for Claim:	
10. 財産損害 (財産の種類及び所在並びに損害の性質及び範囲を簡単に記入すること。財産の所有者が請求者以外の場合は、その住所・氏名を記入すること。) Property Damage: (Briefly describe kind and location of property and nature and extent of damage, state name and address of owner of property if other than claimant.)	
11. 身体傷害 (傷害の性質及び範囲を記入すること。) Personal Injury: (State nature and extent of injury.)	

24 合衆国軍隊等の行為等による被害者等に対する賠償金の支給等に関する内閣府令様式
(12/13 枚目)

書式 C-5(続き)
Form C-5(Cont'd)

12. 死亡 (請求額算定の基礎を記入すること。)
Death: (State calculations upon which damages are based.)

13. 証人
Witnesses:

氏名
Name:

住所
Address:

14. 請求者と被害者の関係及びその法的根拠
Relationship of claimant to injured or deceased person, and citation of law authorizing representation:

15. 本請求金額は、上記事故によって生じた損害に対するもののみであり、かつ、上記の事実は、すべて真正である。
I declare that the amount of this claim covers only damage and injuries caused by the accident or incident described and that the foregoing statement is true and correct in every particular:

請求者の署名 (氏名は、第1欄のものと同一であること。)
Signature of Claimant: (Name should be exactly as shown in item 1.)

16. 参考事項
Remarks and Inclosures:

17. 証明
Certificate:

本翻訳は、正確であることを証明する。
Certified as a true translation:

署名
Signature: _____

日付
Date: _____

防衛局長
東海防衛支局長
For Director, General, Regional Defense Bureau
Director, Tokai Defense Branch

三者システムから出力される帳票一覧

	出力帳票名	機械処理 手引	出力時期 ※1
1	第三者行為災害情報受付台帳	XII-6-(1)-1	随時※2
2	第三者行為災害処理経過簿	XII-6-(2)-1	随時※2
3	保険給付（求償権取得・債権発生）通知書リスト（署宛）	XII-6-(3)-1	毎月第2金曜日の 翌開庁日
4	保険給付（求償権取得・債権発生）通知書リスト（局宛）		
5	保険給付（求償権取得・債権発生）通知書（署宛）	XII-6-(4)-1	毎月第2金曜日の 翌開庁日
6	保険給付（求償権取得・債権発生）通知書（局宛）		
7	第三者行為災害未処理事案リスト（局）	XII-6-(5)-1	毎月第3第13開庁日
8	第三者行為災害未処理事案リスト（署）		
9	第三者行為災害不整合リスト（局宛）	XII-6-(6)-1	毎月第3開庁日
10	第三者行為災害不整合リスト（署宛）		
11	第三者行為災害債権管理一覧表（月次）	XII-6-(8)-1	毎月第8開庁日
12	第三者行為災害債権管理一覧表（年次）	XII-6-(9)-1	4月第2第8開庁日 5月第2第8開庁日
13	第三者行為災害における求償に係る組替リスト	XII-6-(10)-1	4月第2第8開庁日
14	第三者行為災害における求償に係る繰越リスト	XII-6-(11)-1	5月第2第8開庁日
15	第三者行為災害入力件数表（月次）（署宛）	XII-6-(12)-1	毎月第2開庁日
16	第三者行為災害入力件数表（月次）（局宛）		
17	第三者行為災害入力件数表（年次）（署宛）	XII-6-(13)-1	4月第2開庁日
18	第三者行為災害入力件数表（年次）（局宛）		
19	第三者行為災害情報画面印刷帳票	XII-3-(2)-7	随時※2
20	第三者行為災害（第二当事者）情報画面印刷帳票	XII-3-(6)-7	随時※2
21	第三者行為災害（第二当事者）情報検索画面印刷帳票	XII-3-(5)-4	随時※2
22	第三者行為災害債権確認書入力リスト	XII-6-(7)-1	月次（債権月次処理時）
23	第三者行為災害債権確認書	XII-5-(2)-1	随時※2
24	個別給付情報一覧（短期）	VII-2-24	随時※2
25	個別給付情報一覧（年金）	VII-2-34	随時※2

※1 原則として、前開庁日オンライン終了時点のデータに対して帳票が作成される。

（該当データがない等により出力されない場合あり）

※2 随時＝ThinClient の画面からの出力要求時など。

2	第三者行為災害処理経過簿(表面)
---	------------------

様式第11号

第三者行為災害処理経過簿												
受付番号		労働保険番号		年齢		性別		国籍		住所		
受付年月日				年齢	性別	国籍	住所					
災害発生日時												
災害発生場所												
		第一当事者(被災者)					第二当事者(相手方)					
氏名												
住所												
所属事業場												
所在地												
代表者職氏名												
事業主責任の有無												
自賠責保険 自賠責保険及び自動車保険関係	管轄店名											
	所在地											
	証明書番号											
	保険(共済)契約者											
	照会年月日		督促年月日		回答年月日							
	保険(共済)金の支払											
	管轄店名											
	所在地											
	証券番号											
	保険(共済)契約者											
実地調査	保険(共済)金額		対人()円									
	照会年月日		督促年月日		回答年月日							
	保険(共済)金の支払											
第三者行為災害報告書		送付					回答					
実地調査	対象		被災者					相手方				
	調査年月日											
	復命書番号											
受付書類		第三者行為災害届					念書					
		交通事故証明書										
保険給付(求償権取得・債権発生)通知		初回通知年月日					最新通知年月日					
備考												

相手方区分

04 使用者

05 運行供用者

06 その他

3

保険給付（求償権取得・債権発生）通知書リスト（署宛）

保険給付（求償権取得・債権発生）通知書リスト

記入係取官 長 殿
 下記第一当事者（被災者）に対する保険給付により、下記第二当事者等に対する求償権を取得しましたので、通知します。
 処理区分

長 殿
 処理年月日

受付番号	労働保険番号	生年月日 災害発生日	求償確認 年月日	第一当事者氏名	第二当事者氏名	自動車 事故の別	荷通別	第二当 事者数	3年経過日	給付状態 再発状態	算額給付額	差し控え の事由

4

保険給付（求償権取得・債権発生）通知書リスト（局宛）

保険給付（求償権取得・債権発生）通知書リスト

記入係取官 長 殿
 下記第一当事者（被災者）に対する保険給付により、下記第二当事者等に対する求償権を取得しましたので、通知します。
 処理区分

長 殿
 処理年月日

受付番号	労働保険番号	生年月日 災害発生日	求償確認 年月日	第一当事者氏名	第二当事者氏名	自動車 事故の別	荷通別	第二当 事者数	3年経過日	給付状態 再発状態	算額給付額	差し控え の事由

5

保險給付(求償權取得・債權発生) 通知書

長 船

是

下記第一当事者（被災者）に対する保険給付により、下記第二当事者等に対する求償権を取得しましたので、通知します。

第一当至者氏也

第二当事人氏名

第一當事者生年月日

結付基礎日額

自動車事故の別

[illegible]

163-112

6

保險給付(求償権取得・債権発生) 通知書

具 限

從

下記第一当事者（被災者）に対する保険給付により、下記第二当事者等に対する求償権を取得しましたので、通知します。

第一當事者氏名

第二當事者氏名

第一当事人生年月日

交付基盤日額

自動車事故の別

[illegible]

1 of 2

第三者行為災害未処理事案リスト (局)

局()

处理年月日

[illegible]

1980

第三者行為災害未処理事案リスト (署)

51()

处理年月日

[illegible]

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

第三者行為災害不整合リスト

四、

处理年月日

[illegible]

第三者行為災害不整合リスト (署宛)

第三者行為災害不整合リスト

56()

处理年月日

[illegible]

第三者行為災害における求償に係る組替リスト

局 ()

拾理年月日

[illegible]
$$1 - 2 = -1$$

第三者行為災害における求償に係る繰越リスト

四 ()

經理年月日

[illegible]

12-3

封裝年月日

[illegible]

1-3-22

中華民國 年 月 日

[illegible]

1 of 2

第三者行為災害入力件数表（年次・署）

対象年月日

[illegible]

۱۲۰۰

第三者行為災害入力件数表 (年次・局)

对象年月日

[illegible]

14-2

第三者行為災害情報画面

第三者行為災害情報

| | | | |
|---------------|------------------|----------|-------------|
| 受付番号 | 1301-7-29-1-0008 | 管轄局署 | 1301:東京局中央署 |
| 受付年月日 | 平成△△年6月20日 | 業通別 | 1:業務災害 |
| 自動車事故の別 | 1:自動者事故 | 先行種別 | 01:全部労災先行 |
| 状態区分 | 10:局通知済 | 処理区分 | 02:要求償 |
| 差し控え理由 | | | |
| 求償確認年月日(署) | 平成△△年7月29日 | 復命書番号 | ××× |
| 求償権行使決定年月日(局) | | | |
| 保険給付状況区分 | | 納入告知状況区分 | |

災害情報

| | |
|------|--------------------|
| 発生日時 | 平成△△年6月3日 午前8時00分頃 |
| 場所 | 東京都江東区〇〇〇 |

第一当事者(被災者)情報

| | | | |
|------------|----------------|----------|---------------|
| 氏名カナ | ロウサイ ジロウ | 氏名漢字 | 労災 二郎 |
| 性別 | 1:男 | 生年月日 | 昭和△△年10月10日 |
| 郵便番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| 住所 | 東京都豊島区〇〇〇 | | |
| 電話番号(自宅) | 03-〇〇〇-〇〇〇〇 | 電話番号(携帯) | 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 労働保険番号 | 13101247069000 | | |
| 所属事業場名称 | (株)A | | |
| 所属事業場郵便番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| 所属事業場所在地 | 東京都江東区××× | | |
| 代表者役職 | 代表 | | |
| 代表者氏名 | 代表 太郎 | | |
| 登録番号(車両番号) | | | |
| 診療機関名称 | | | |
| 診療機関所在地 | | | |
| 障害部位 | | | |
| 傷病名 | | | |

人身傷害補償保険情報

| | |
|--------------|--------------|
| 保険会社(共済)名称 | Y人傷保険(株) |
| 保険会社(共済)郵便番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 保険会社(共済)所在地 | 東京都江東区▽▽▽ |
| 保険会社(共済)電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 証券番号 | |
| 契約者氏名 | |
| 保険(共済)受領情報 | |

備考

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

受付書類情報

| | |
|------|----|
| 受付書類 | 日付 |
| | |

第二当事者(相手方)情報

| 氏名 | 住所 | 所属事業場名称 | 自賠責保険会社
(共済) 名称 | 任意保険会社
(共済) 名称 |
|-------|-----------|---------|--------------------|-------------------|
| 労災 二子 | 東京都中野区〇〇〇 | B(株) | X火災海上(株) | X火災海上(株) |

第三者行為災害（第二当事者）情報画面

第三者行為災害情報

| | | | |
|--------|--------------------|------|-------------|
| 受付番号 | 1301-7-29-0008 | 管轄局署 | 1301:東京局中央署 |
| 被災者氏名 | 労災 二郎 | | |
| 災害発生日時 | 平成△△年6月3日 午前8時00分頃 | | |
| 災害発生場所 | 東京都江東区〇〇〇 | | |

第二当事者情報

| | | | |
|----------|--------------|----------|---------------|
| 氏名カナ | ロウサイ ニコ | | |
| 氏名漢字 | 労災 二子 | | |
| 生年月日 | 昭和△△年2月6日 | 郵便番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 住所 | 東京都中野区〇〇〇 | | |
| 電話番号（自宅） | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 電話番号（携帯） | 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 過失割合 | 15% | | |

車両情報

| | |
|---------------|-------|
| 登録番号（車両番号） | |
| 保有者氏名 | 労災 二子 |
| 第二当事者と保有者との関係 | 本人 |

所属事業場情報

| | |
|----------|--------------|
| 名称 | B(株) |
| 郵便番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 所在地 | 東京都中野区□□□ |
| 電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 代表者役職 | 代表 |
| 代表者氏名 | 事業 主雄 |
| 事業主責任の有無 | 0:無 |

自賠償保険情報

| | | | |
|--------------|--------------|-------|--|
| 保険会社（共済）名称 | X火災海上(株)◎◎支店 | | |
| 保険会社（共済）郵便番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| 保険会社（共済）所在地 | 東京都江東区▽▽▽ | | |
| 保険会社（共済）電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 証明書番号 | |
| 契約者氏名 | | | |
| 契約者と保有者との関係 | | | |

任意保険情報

| | | | |
|--------------|--------------|------|--|
| 保険会社（共済）名称 | X火災海上(株)◎◎支店 | | |
| 保険会社（共済）郵便番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| 保険会社（共済）所在地 | 東京都江東区▽▽▽ | | |
| 保険会社（共済）電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 証券番号 | |
| 保険（共済）金額（対人） | 100,000,000円 | | |
| 契約者氏名 | 労災 二子 | | |
| 契約者と保有者との関係 | 本人 | | |

その他求償先情報

| | |
|-----------|--|
| 第二当事者との関係 | |
| 氏名または名称 | |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |

備考

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

第三者行為災害（第二当事者）情報検索画面

検索条件

| | |
|----------|---------|
| 受付番号 | |
| 氏名カナ | ロウサイ ニコ |
| 氏名漢字 | |
| 電話番号(自宅) | |
| 電話番号(携帯) | |

検索結果一覧

件中 - 件目

| 受付番号 | 災害発生日時 | 氏名 | 電話番号(自宅) | 被災者氏名 |
|------------------|-----------------------|------------------|----------|-------|
| | | | 電話番号(携帯) | |
| 1301-7-29-1-0008 | 平成28年6月3日
午前8時00分頃 | ロウサイ ニコ
労災 二子 | | 労災 二郎 |

第三者行為災害債権確認書入力リスト

取得日期年月日
号()

處理年月日

1 ページ

| 交付番号
求償番号
三者債權
債權状況区分
債権番号 | 労働保険番号
第一当り者氏名有力
第二当り者氏名国字 | 第三当り者氏名 | 求償先区分
求償回数
求償先名称
求償先住所 | 求償金額 |
|--|----------------------------------|---------|---------------------------------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 合計 | | | | 件 |

■ 労働者災害補償保険

第三者行為災害債權確認書

| | | | | | |
|----------------------|--|--|-------------------|--|--|
| データ受付番号 | | | 追回番号 | | |
| | | | 00 | | |
| ①官報局 | | | ②登記・変更別 | | |
| 1 登記
3 変更
9 取消 | | | | | |
| ③債権確認・調査決定年月日 | | | ④債権発生年月日（納入告知予定日） | | |
| 元号 年 月 日 | | | 元号 年 月 日 | | |
| 7 平成 | | | 5 昭和
7 平成 | | |
| 債権について次の通り確認する。 | | | | | |
| ⑤求償番号 | | | | | |
| ⑥データ受付番号 | | | ⑦巡回番号 | | |
| | | | 00 | | |
| ⑧求償金額 | | | | | |
| 千 百 十 万 千 百 十 円 | | | | | |
| ⑨労働保険番号 | | | ⑩年金証書番号 | | |
| | | | | | |
| ⑪被災者生年月日 | | | ⑫傷病生年月日 | | |
| 元号 年 月 日 | | | 元号 年 月 日 | | |
| 3 大正
5 昭和
7 平成 | | | 5 昭和
7 平成 | | |
| 氏名（カナ） | | | | | |
| | | | | | |
| 氏名または保険会社名等（カナ） | | | | | |
| | | | | | |
| 氏名または保険会社名等（漢字） | | | | | |
| | | | | | |
| 電話番号 | | | | | |
| 市外局番 - 市内局番 - 番号 | | | | | |
| 郵便番号 | | | 都道府県コード | | |
| | | | | | |
| 住所または所在地（漢字） | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | |
|-----------|--------|---------|---------|---------|
| 労働保険番号 | 傷病年月日 | 生年月日 | 被災者氏名カナ | 被災者氏名漢字 |
| 性別 | 保健番号 | 住所漢字 | | |
| 資格欄番 | 事業場名カナ | | 職通別 | 5号決定年月日 |
| 第幾5号決定年月日 | 治療年月日 | 死亡年月日 | 再発年月日 | 全体処理区分 |
| 給付保留 | 平均賃金 | 特別給付の総額 | 傷病回復等級号 | 特給加入コード |
| 三者コード | 特選コード | 年金基本権通選 | | |

[illegible]

| | | | | |
|-----------|--------|---------|---------|---------|
| 芳名保護番号 | 傷病年月日 | 生年月日 | 親氏名カナ | 親氏名カナ |
| 性別 | 親傷番号 | 住所漢字 | | |
| 管轄局番 | 事故地名カナ | | 電話番号 | 5号決定年月日 |
| 再発5号決定年月日 | 治癒年月日 | 死亡年月日 | 再発年月日 | 全体処理区分 |
| 補付償還 | 平均賃金 | 特別給付カ総額 | 傷病障害等級号 | 特別加入コード |
| 三者コード | 特報コード | 年金基本徴収額 | | |

[illegible]

参考様式等

- 1 第三者行為災害調査復命書 ●
- 2 債権確認調査決定(変更)決議書 ●
- 3 第三者行為災害届の提出について(督促) ●▲
- 4 第三者行為災害関係書類の提出について(被災者) ●▲
- 5 第三者行為災害関係書類の提出について(事業主) ●▲
- 6 督促状 ●
- 7 宛名シート ●
- 8 第三者行為災害求償事務に係る請求書等チェックシート

※ 様式名の右の●は三者システムの Excel 帳票作成ツールで作成可能な様式であることを示す。

●の右に▲の記載がある様式は、様式改正が行われたが、Excel 帳票作成ツールが改正内容に対応していないため、当面の間は、別途本省が電子媒体で提供する Excel 様式を用いるか、Excel 帳票作成ツールにより作成後、当該改正部分を手入力で修正すること。

1 第三者行為災害調査復命書 (1/3 枚目) ●

第三者行為災害調査復命書

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--|-------------|--|--------|--|--------|--|--------|--|-----------|--|
| 署
長 | | 副
署
長 | | 課
長 | | 係
長 | | 係
員 | | 復命書
番号 | |
|--------|--|-------------|--|--------|--|--------|--|--------|--|-----------|--|

| | | | |
|-------|-------------------------|-------|--|
| 受付年月日 | 平成 年 月 日 | 調査者氏名 | |
| 復命年月日 | 平成 年 月 日 | | |
| 署長判決 | | | |
| | | | |
| | | | |

1 第一当事者／第二当事者情報

| | 第一当事者 | 第二当事者 |
|-------------------|-------|-------|
| 氏名 | | |
| 生年月日 | | |
| 住所 | | |
| 電話番号 (自宅)
(携帯) | | |
| 所属事業場 | | |
| 労働保険番号 | | |
| 所在地 | | |
| その他参考事項 | | |

2 第三者行為災害情報 (受付番号:)

| | | | |
|-----------------|---|--|---|
| 業通別 | | 先行種別 | <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 労 <input type="checkbox"/> その他 |
| 災害発生日時 | | | |
| 災害発生場所 | | | |
| 保険加入状況 | 自賠償保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 任意保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 【保険会社等情報】 | 【保険会社等情報】 | |
| 任意一括 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 示談状況 | <input type="checkbox"/> 有(詳細は参考事項) <input type="checkbox"/> 無 |
| 暴行や動物等
による災害 | 予告通知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 人身傷害保険
加入状況 | <input type="checkbox"/> 有(保険会社等への通知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
<input type="checkbox"/> 無 |
| 参考事項 | | | |

1 第三者行為災害調査復命書 (2/3 枚目) ●

3 災害発生状況

| |
|--|
| |
|--|

4 過失割合

- ☐ 別冊判例タイムズ (NO ○○参照)
☐ 交通事故における過失相殺率 (裁判例 ○○参照)
☐ その他()

| | 基本 | 修正要素 | | | 修正後の
過失割合 |
|------------|-----|-----------|-----------|-------------|--------------|
| | | (1) | (2) | (3) | |
| 請求人 | | | | | |
| 相手方 | | | | | |
| 参考意見 | | (1)請求人の意見 | (2)相手方の意見 | (3)保険会社等の意見 | |
| | 請求人 | % | % | % | |
| | 相手方 | % | % | % | |
| 支給制限について | | | | | |
| 過失割合に対する意見 | | | | | |

1 第三者行為災害調査復命書 (3/3 枚目) ●

5 調査官意見

1 上外について

2 過失割合について

3 法第12条の4第1項関係について

4 求償先について

5 損害賠償受領状況について

6 その他参考事項

添付書類

第三者行為災害届
自賠償保険賠償額
回答
資力に関する
調査書

第三者行為災害
報告書
自動車保険賠償額
回答
電話聴取書

念書

交通事故証明書

0000 0000 0000 0000

No.

算定基礎内訳 ①(全事案について記入)算定基礎内訳 ②(自賠償単独以外の事案について記入)算定基礎内訳 ③(自賠責及び任意一括の場合について記入)

| | |
|------------------|--------------|
| 連 絡 等 事 項
備 考 | 保險給付（継続中・完了） |
|------------------|--------------|

3 第三者行為災害届の提出について(督促) ●▲

- - - -

平成 年 月 日

殿

労働基準監督署

第三者行為災害届の提出について (督促)

あなたの事故については、労働者災害補償保険法第12条の4に該当すると思われるので、保険給付を受けるためには請求書のほか第三者行為災害届の提出が必要となりますが、当該届について未だ提出がなされておりません。

第三者行為災害届については、労働者災害補償保険法第12条の7（労働者災害補償保険法施行規則第22条）に定める保険給付に関し必要な事項を確認するために提出を求めているものです。そのため、提出がなされず、事実関係が把握できない場合には支給決定がなされないだけでなく、仮に支給決定がなされても、労働者災害補償保険法第47条の3に基づき保険給付の支払を一時差し止めることがあります。

つきましては、平成 年 月 日までに第三者行為災害届に必要事項を記入の上、速やかに提出してください。

(郵便番号) _____

(所在地) _____

(電話) _____ (FAX) _____

労働基準監督署 (担当者) 印

4 第三者行為災害関係書類の提出について（被災者） ●▲

〒

平成 年 月 日

殿

労働基準監督署

第三者行為災害関係書類の提出について

殿に係る 発生 の
業務・通勤災害については、第三者行為災害として取り扱うこととなりますので、
下記書類を平成 年 月 日までにご提出下さい。

記

1. 第三者行為災害届 (4枚1組)
1. 念書 (1部)

※ 記入方法等についてご不明の場合は、下記の当署担当までお問い合わせいただくか、
厚生労働省HP掲載の「第三者行為災害のしおり」をご覧ください。
(パソコン、携帯電話等から「第三者行為災害のしおり」と検索してください。)

〒

労働基準監督署 労災課
(担当者)

印

TEL:

5 第三者行為災害関係書類の提出について (事業主) ●▲

〒 第 号
平成 年 月 日

殿

労働基準監督署長

第三者行為災害関係書類の提出について

貴事業場所属労働者 殿に係る 発生 の
業務・通勤災害については、第三者行為災害として取り扱うこととなりますので、労働者災害
補償保険法施行規則第46条の規定により、第三者行為災害届等下記書類を
平成 年 月 日 までにご提出下さい。

記

1. 第三者行為災害届 (4枚1組)
1. 念書 (部)

※ 本件に限らず相手のある災害については、上記届け出が必要となりますので、今後
このような災害が発生した場合は、速やかに提出するようお願いいたします。

なお、届け出に必要な用紙は当署に備え付けてあります。また、記入方法について
も説明しますので、お問い合わせ下さい。

〒

労働基準監督署 労災課

TEL:

6 督促状 ●

平成 年 月 日

〒

殿

労働保険特別会計

歳入徴収官

労働局長

督促状

平成 29 年度

| 督促状 | | 労働保険特別会計(労災勘定) | | | | | |
|----------|--|--|-----|---|-----|-----|----|
| | | 款 | 雑収入 | 項 | 雑収入 | 目 | 雑入 |
| 平成 29 年度 | | 厚生労働省所管 | | | | 労働局 | |
| 債権番号 | | | | | | | |
| 金 額 | | 円 | | | | | |
| 債権科目 | | 雑入(損害賠償金) | | | | | |
| 納付目的 | | 労災保険法第12条の4第1項による損害賠償金
(第三者行為災害 ^(※) に関し政府が代位取得した損害賠償金) | | | | | |

(※)「第三者行為災害」とは、労災保険給付の原因である災害が第三者(政府、事業主及び労災保険の受給者以外の者)の行為などによって生じたもので、労災保険の受給権者である被災者等に対して、第三者が損害賠償の義務を有しているものをいいます。

労災保険法第12条の4第1項により、政府は、第三者行為災害について保険給付をしたときは、その給付の価額の限度で、保険給付を受けた者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得します。

さきに貴殿に対して納入告知(御請求)した上記金額は、納付期限までに完納されておりませんので、至急、納付して下さい。

※ 納付には、先にお送りしている納入告知書又は納付書が必要です。

納入告知書や納付書を紛失された場合や本状に御不明な点などがありましたら、お手数ですが下記担当まで連絡をお願いします。

連絡先 〒

労働局 労働基準部 労災補償課 担当:
電話番号 (内線)

7 宛名シート ●

| | |
|--|--|
| 〒

殿 | 〒

殿 |
| 〒

殿 | 〒

殿 |
| 〒

殿 | 〒

殿 |
| 〒

殿 | 〒

殿 |
| 〒

殿 | 〒

殿 |
| 〒

殿 | 〒

殿 |
| 〒

殿 | 〒

殿 |
| 〒

殿 | 〒

殿 |

8 第三者行為災害求償事務に係る請求書等チェックシート

第三者行為災害求償事務に係る請求書等チェックシート

| チェック項目 | | 担当者
チェック | 確認者
チェック | 備考 |
|--|--|-------------|-------------|----|
| 療
養 | ①療養に対応する(B)欄(＝療養損害)には、(A)欄と同額を計上しているか。また、労働基準行政システムの検索履歴と突合する等により、求償を行うまでの間に保険給付を行った分が漏れなく計上されていることを確認しているか(手引第3章第2の2(1))。 | | | |
| | 例外
ア 第一当事者が(D)欄で療養に対応する損害賠償を受けている場合は、(B)欄は(A)欄と(D)欄の合計額とする。 | | | |
| | 例外
イ 文書取扱料等については、手引第3章第3の2(1)を踏まえ、損害として計上せず、(A)欄及び(B)欄から除外する(手引第3章第2の2(1))。 | | | |
| 休
業 | ②休業に対応する(B)欄(＝休業損害)には、「給付基礎日額×休業日数※」により得た額を計上しているか(手引第3章第2の2(2))。
※(B)欄に保険給付額と同額を計上するのは誤りであること。 | | | |
| | 例外
ウ 給付基礎日額が最低補償額の適用を受けた場合は、手引第3章第2の2(2)アに基づき処理する。 | | | |
| | 例外
エ 第一当事者が特別加入者である場合は、手引第3章第2の2(2)イに基づき処理する。 | | | |
| | 例外
オ 労災、特支金ともに支給がなく、②に基づく損害額の算定に必要な要素(給付基礎日額、休業期間)が不明の場合であって、第二当事者等(保険会社等含む。以下同じ)が休業損害の逸失利益相当分について損害賠償を行ったことを把握している場合には、(B)、(D)欄には実際に第二当事者等から支払われた損害賠償額を計上する(手引第3章第2の2(6))。ただし、損害賠償額が過失割合適用済みの場合、(B)欄には過失割合適用前の損害額に割り戻した金額を記載する(手引第3章第3の6(6)(イ))。 | | | |
| | 例外
カ 第一当事者の療養に係る休業期間に対して事業主が賃金を支払っている部分及び待機期間の3日分については、休業損害はないものとして取り扱うこと(手引第3章第2の2(2)エ)。なお、その際、待機期間分の賃金は(D)欄には計上しないこと。
※業務災害の場合→(B)欄の計算時における休業日数について、待機期間分を差し引く。
※通勤災害の場合→(B)欄の計算時における休業日数について、待機期間分を差し引かない。 | | | |
| | 例外
キ 【第一当事者が傷病(補償)年金の受給者となった場合の取扱い】
①休業損害求償前の場合は、「損害額＝給付基礎日額×365×療養開始日の年齢に応じる就労可能年数に対応する新ホフマン係数」により損害額を計上する。(手引第3章第2の2(2)ウ)。
②休業損害求償済の場合は、「給付基礎日額×365×傷病(補償)年金に移行した日の年齢に応じる就労可能年数に対応する新ホフマン係数」により損害額を計上する(休業損害額の重複計上を避けるための取扱い)。
※傷病(補償)年金は、後遺損害に関する項目とは性質が異なるため、後遺損害に関する項目との支給調整は行わないこと(手引第3章第2の2(3)(イ))。 | | | |
| 障
害
、
遺
族
、
葬
祭
料
、
介
護 | ③障害、遺族、葬祭料、介護の各保険給付に対応する(B)欄について、それぞれの保険給付を行った場合、(B)欄には手引に従って計上した損害額を計上しているか(手引第3章第2の2(3)～(5))。
※(B)欄に保険給付額と同額を計上するのは誤りであること。
※障害、遺族、介護の損害額計算に関して、現行手引においては「新ホフマン係数」を使用することとしているので、「ライビニツ係数」を用いて算定しないこと。 | | | |
| | 例外
ク 労災、特支金ともに支給がなく、③に基づく損害額の算定に必要な要素(給付基礎日額、障害等級等)が不明の場合であって、第二当事者等が労災と同一事由の項目について損害賠償を行ったことを把握している場合には、(B)、(D)欄には実際に第二当事者等から支払われた損害賠償額を計上する(手引第3章第2の2(6))。ただし、損害賠償額が過失割合適用済みの場合、(B)欄には過失割合適用前の損害額に割り戻した金額を記載する(手引第3章第3の6(6)(イ))。 | | | |
| | 例外
ケ 労働能力の喪失又は減少による損害が具体的に生じていない(＝現実第一当事者に収入減が生じていない)と認められる場合は、手引第3章第2の2(3)アに基づき、身体障害による喪失又は減少した得べかりし利益は生じないものとして、後遺損害に対応する(B)欄については、損害額を計上しない。 | | | |
| 例外
コ 自賠責に対する求償時は、介護に係る支給調整は行わない(＝(A)～(D)いずれも計上しない)。ただし、自動車保険等や第二当事者に対しては、損害額に計上して求償する必要がある。(手引第3章第2の2(5)ア)。 | | | | |
| そ
の
他 | ④第二当事者に生じた損害額がある場合、保険給付に対応する項目に応じて(C)欄に計上しているか(手引第3章第2の3)。
※第二当事者に生じた損害は、三者別、三者報告書や当事者の申出により把握した分について、第二当事者から領収書等の写しを受領する等の方法で確認すれば足り、それ以上の能動的調査は省略して差し支えない。 | | | |
| | ⑤総損害額が確定している場合、手引第3章第2の5(2)に示す算出方法※を採用しているか。
※「その他の人的損害(慰謝料等)」に対応する(B)～(D)欄に金額を計上し、計(1)と合算した金額「計(2)」を使用して、以降の求償額計算を行う。 | | | |
| | ⑥人傷保険から第一当事者等に対して損害賠償について保険金(慰謝料等)の支払が行われ、当該保険金支払額について第二当事者等から、人傷保険取扱会社に対して既に支払済みの損害賠償額がある場合には、(B)、(D)欄の記載方法について、第二当事者等から第一当事者に対して損害が填補されている場合と同様に取り扱っているか(手引第3章第3の6(3)エ)。
また、人傷保険から第一当事者等に対して損害賠償について保険金(慰謝料等)の支払が行われ、当該保険金支払額について自賠責保険等から、人傷保険取扱会社に対して既に支払済みの損害賠償額がある場合には、当該金額を(L)欄に含めているか(手引第3章第3の6(3)ア(イ))。 | | | |
| | ⑦求償額の計算過程で1円未満の端数が生じた場合「切り捨て」処理※をしているか(手引第3章第2の5(3))。
※最終的な求償額に対してではなく、請求書の各欄の金額ごとに切り捨て処理を行うこと。 | | | |
| | ⑧自賠責保険単独事案(任意一括事案であって、第一当事者に生じた損害額が自賠責保険金額以内に収まる事案を含む)について、過失割合や第二当事者に生じた損害を加味せず(自賠責保険の重過失減額は除く)処理しているか(手引第3章第2の4(4))。 | | | |

以下は求償額の変更(歳入徴収官事務規程第7条の「調査決定の変更等」)に係る手続時のみの追加チェック項目

| | | | |
|---|--|--|--|
| i 求償額の変更を行う際には、保険会社からの減額依頼に係る文書等、変更理由がわかる文書を決定時に添付する等により、変更の当否について十分に内容を精査した上で決定を行っているか。 | | | |
| ii 療養損害等の減額理由が「保険給付額の算定誤り」の場合、当該減額分を過誤払いとして、医療機関等から回収を行っているか。 | | | |
| iii 療養損害等の減額理由が「保険給付額の算定誤り」ではなく、「保険会社等の損害算定基準と相容ず、一括応償が困難であること」等である場合、保険会社等に対して減額した分の求償額について、第二当事者等、他の不真正連帯債務関係にある者に対して求償しているか。 | | | |

※ チェックシート中の(A)、(B)等の記号は様式第2号(4)「第三者行為災害による損害賠償の請求について」の各記号に対応する。

【例】(A)⇒労災保険給付額(A)

※ 網掛けセルは、会計検査院の実地検査において多くの受検局で誤りが指摘された項目であるので、特に注意すること。

※ 担当者チェック欄には、チェック済みのものは「○」、該当する損害が生じていない等によりチェックを要さないものには「-」、自賠責単独事案によりチェックを要さないものには「自」と記載すること。

※ 確認者チェック欄には、決裁書類一式を確認の上、担当者が正しくチェック欄を記載している場合に「✓」を記載すること。

| | |
|-------|--|
| 担当者氏名 | |
| 確認者氏名 | |

第三者行為災害求償事務に係る請求書等チェックシートの活用方法等について

1 チェックシートの活用方法

(1) 事務担当者

手引の第3章に示す労働局が行う求償事務において、事務担当者が「担当者氏名」欄に記名または押印の上、各チェック項目に沿って求償額算定等が行われているか、「担当者チェック」欄にチェックを入れ、必要に応じて「備考」欄に補足事項等を記入の上、必要なチェック項目全てのチェック完了後、債権調査確認決定決議の一連書類として添付すること。

(2) チェックシート確認者

債権調査確認決定決議の際には、労災補償課における決裁者のうち1名を確認者（事務担当者以外の者とする）とし、チェックシートに沿って決裁書類一式を確認の上、項目を満たすものについては「確認者チェック」欄にチェックを入れること。チェック項目に沿わない処理をしている点については、担当者に確認及び必要に応じて「備考」欄に指示事項を記載の上、決裁を差し戻すこと。必要なチェック項目全てのチェック完了後、「確認者氏名」欄に記名または押印の上、決裁を行うこと。

(3) チェック者以外の決裁者

チェックシートの「担当者チェック」欄及び「確認者チェック」欄を確認し、チェックが十分に行われていない又はチェックシートが添付されていない事案については、決裁を差し戻すこと。

3 減額事案に係る事務処理の徹底

保険会社から求償債権額の減額請求があった場合は、以下の事務処理を徹底すること。

- (1) 労災診療費の審査点検担当と確実に連携して、労災保険の給付内容の適否等について改めて十分な確認を行うこと
- (2) (1) の確認の結果、給付内容に誤りがない場合には、保険会社に対して確認結果を踏まえて十分に説明を尽くし、適切に求償を行うこと。
- (3) (1) の確認の結果、給付内容に誤りがあった場合には、第三者行為災害に係る求償事務の担当者と過誤払に係る債権管理担当者等との間で十分な連携を行い、「労災保険給付事務取扱手引Vの2の第3の2」及び「債権管理事務取扱手引」に基づき、確実に過誤払分の返納を求める事務処理を行うこと。