

令和 年 月 日
(管轄店又は協同組合の名称)

文書番号

_____ 殿

実施機関の長 _____

国家公務員災害補償法による補償の通知及び自動車損害賠償責任 保険 共済 の損害賠償額の照会

被害者	氏名			男女	歳
	住所				
事故年月日	令和 年 月 日	場所			
加害者氏名			保険契約者又は共済契約者		
証明書番号					

上記被害者の第三者行為災害に関し、自動車損害賠償責任 保険 共済 においていかなる処理がなされたか承知したいので、補償の実施予定を通知するとともに照会します。

通知事項

補償実施予定	令和 年 月 日 予定 _____ 円	療養	傷病	遺族
		休業	障害	葬祭

おって、自動車損害賠償責任 保険 共済 の損害賠償額、 保険金 共済金 仮渡金又は内払金の支払に先立って、上記補償を行った場合には、国家公務員災害補償法第6条の規定により、貴殿に対し、求償することになりますので、念のため申し添えます。

照会事項

照会事項は、同封別紙のとおりです。

実施機関の名称 _____

所在地 _____ 電話 _____

担当者所属職名 _____ 氏名 _____