

職 補 一 3 2 8

令和2年12月15日

人 事 院 事 務 総 長

「災害補償制度の運用について」の一部改正について（通知）

「災害補償制度の運用について（昭和48年11月1日職厚一905）」の一部を下記のとおり改正したので、令和3年1月1日以降は、これによってください。

記

次の表により、改正前欄に掲げる規定の破線で囲み又は傍線を付した部分をこれに対応する改正後欄に掲げる規定の破線で囲み又は傍線を付した部分のように改める。

改正後

別表第3

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 の損害賠償額の照会
共済

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 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	療養	傷病	遺族
令和 年 月 日 予定 _____ 円	休業	障害	葬祭

おって、自動車損害賠償責任 保険 の損害賠償額、 保険金 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 _____

(日本産業規格A列4)

改正前

別表第3

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 の損害賠償額の照会
共済

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 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	療養	傷病	遺族
令和 年 月 日 予定 _____ 円	休業	障害	葬祭

おって、自動車損害賠償責任 保険 の損害賠償額、 保険金 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 _____

(日本産業規格A列4)

別表第4

実施機関の長殿		令和 年 月 日	
		(管轄店又は協同組合の名称)	
		元受	
自動車損害賠償責任保険の損害賠償額についての回答			
被害者		事故発生日	
加害者		証明書番号	
上記被害者に関する令和 年 月 日付第 _____号による照会の件について下記のとおり回答します。			
回答事項			
1 保険金・損害賠償額支払済の場合			
調査事務所又は協同組合	担当者	電話	
支払年月日 令和 年 月 日		調査事務所受付番号	
支払 保険金 又は損害賠償額	円	協働組合事故証明書番号	
内	損害の種類	損害額	過失相殺 支払額 受領者
容			
	計		
2 保険金・損害賠償額未払の場合			
支払予定年月日	令和 年 月 日	支払予定金額	円
支払の遅延する場合はその理由			
3 仮渡金の請求の有無 有 (円) 無			
4 保険金・損害賠償額の支払請求がない。			
5 仮渡金の支払を行った。(令和 年 月 日 _____円)			
受付番号 _____		電話 _____	
担当者所属職名 _____		氏名 _____	

別表第4

実施機関の長殿		令和 年 月 日	
		(管轄店又は協同組合の名称)	
		元受	
自動車損害賠償責任保険の損害賠償額についての回答			
被害者		事故発生日	
加害者		証明書番号	
上記被害者に関する令和 年 月 日付第 _____号による照会の件について下記のとおり回答します。			
回答事項			
1 保険金・損害賠償額支払済の場合			
調査事務所又は協同組合	担当者	電話	
支払年月日 令和 年 月 日		調査事務所受付番号	
支払 保険金 又は損害賠償額	円	協働組合事故証明書番号	
内	損害の種類	損害額	過失相殺 支払額 受領者
容			
	計		
2 保険金・損害賠償額未払の場合			
支払予定年月日	令和 年 月 日	支払予定金額	円
支払の遅延する場合はその理由			
3 仮渡金の請求の有無 有 (円) 無			
4 保険金・損害賠償額の支払請求がない。			
5 仮渡金の支払を行った。(令和 年 月 日 _____円)			
受付番号 _____		電話 _____	
担当者所属職名 _____		氏名 _____	

別表第5

実施機関の長殿

受給権者 _____

損害賠償額の請求等について（届出）

私は、被災職員の氏名について発生した自動車事故に関し、令和 年 月 日下記のとおり、
 自動車損害賠償責任保険に対し損害賠償額の支払を請求し、
 自動車損害賠償責任共済から損害賠償額仮渡金の支払を受けましたので届出します。

なお、損害賠償額の支払請求は、令和 年 月 日に行う予定です。

記

加害者氏名、住所	事故発生口	調査事務所受付番号、協同組合事故証明番号
	令和 年 月 日	

○損害賠償額の支払を請求した場合
 請求金額 円 請求先

損害の種類	損害額	過失相殺	請求額	請求人
請求				
内				
訳				
合計				

○仮渡金の支払を受けた場合
 受領金額 円 支払元

○損害賠償額の支払を受けた場合
 受領金額 円 支払元

令和 年 月 日 請求人氏名 に対し
 仮渡金 _____円
 損害賠償額 _____円 を支払ったことを証明します。
 令和 年 月 日
 (管轄店又は協同組合の名称)
 元受 _____

別表第5

実施機関の長殿

受給権者 _____

損害賠償額の請求等について（届出）

私は、被災職員の氏名について発生した自動車事故に関し、令和 年 月 日下記のとおり、
 自動車損害賠償責任保険に対し損害賠償額の支払を請求し、
 自動車損害賠償責任共済から損害賠償額仮渡金の支払を受けましたので届出します。

なお、損害賠償額の支払請求は、令和 年 月 日に行う予定です。

記

加害者氏名、住所	事故発生口	調査事務所受付番号、協同組合事故証明番号
	令和 年 月 日	

○損害賠償額の支払を請求した場合
 請求金額 円 請求先

損害の種類	損害額	過失相殺	請求額	請求人
請求				
内				
訳				
合計				

○仮渡金の支払を受けた場合
 受領金額 円 支払元

○損害賠償額の支払を受けた場合
 受領金額 円 支払元

令和 年 月 日 請求人氏名 に対し
 仮渡金 _____円
 損害賠償額 _____円 を支払ったことを証明します。
 令和 年 月 日
 (管轄店又は協同組合の名称)
 元受 _____

以 上