

補 償 先 行 申 請 書

認定
番号

令和5年8月1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 埼玉県立〇〇高等学校
氏名 埼玉 花子

下記の災害について、補償先行して下さるよう申請します。

記

被災職員 の 氏 名	埼玉 花子	相 手 方 の 氏 名	浦和 太郎
災 害 発 生 年 月 日	令和5年7月3日	傷 病 名	左大腿骨骨折
補償の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 療養補償 (a 補償額未確定 b 補償額確定済.....円) <input type="checkbox"/> 休業補償 <input type="checkbox"/> 障害補償 <input type="checkbox"/> 遺族補償 <input type="checkbox"/> 葬祭補償		
補 償 先 行 申 請 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 相手方に損害賠償を行う能力がない。 <input type="checkbox"/> 相手方が不明である。 <input type="checkbox"/> 相手方の所在が不明のため、示談交渉等が行えない。 <input type="checkbox"/> その他 (相手方から損害賠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。