

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、補償先行して下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	<input 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	<div><input 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。</div> <div><input type="checkbox"/> 相手方に損害賠償を行う能力がない。</div> <div><input type="checkbox"/> 相手方が不明である。</div> <div><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。</div> <div><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。)</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>		

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。