

損害賠償の受領状況報告書

認定番号

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 様

所属名

氏名

次のとおり損害賠償を受領したので報告します。

災害発生日	令和 年 月 日	治 癒 日	令和 年 月 日
示談締結日	令和 年 月 日	賠償金受領日	令和 年 月 日
賠償金受領総額	円	損害賠償支払い者	
上 記 金 額 の 内 訳	療養補償費相当	(摘要)	
	休業補償費相当		
	障害補償費相当		
	介護補償費相当		
	遺族補償費相当		
	葬祭補償費相当		
	慰 謝 料		

[注意事項]

- 1 内訳明細等明細がわかるものを添付してください。
- 2 示談が成立済で、示談書(写し)が未提出である場合は、併せて示談書(写し)を提出してください。
- 3 加害者が医療機関に直接支払った場合についても、できるだけ調査のうえ、記入してください。
- 4 所属長・任命権者を經由して提出してください。