|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **補 償 先 行 理 由 書** | | | | 認定番号 | |  | |
|  | 令和　　 年　　 月　　 日  　　地方公務員災害補償基金  福　島　県　支　部　長　様  　　 所属 ・ 職名  （被災職員）  氏　　　　名  　　令和　 年　 月　 日付で公務（通勤）災害に認定された傷病について、下記理由により基金による補償を先行してください。  　　なお、補償を受けた場合には、 基金から求償される旨、相手方に通知していることを申し添えます。  記 | | | | | | |
| 傷　病　名 |  | | | 被　災  年月日 | | 令和　年　月　日 |
| 相　手　方 | 本　人 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | |
| 使用者又は  親権者等 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　代表者（又は氏名） | | | | |
| 補 償 先 行  理 由 | （該当する番号に○印を付すこと）  　 １．相手方に資力がない。　　　　２．相手方の所在が不明である。    　 ３．相手方を特定できない。    ４．私の一方的に近い過失により発生した事故である。    ５．相手方に資力がなく治療費が自賠責保険金の限度額を明らかに  　　　 越えることが予想される。    ６．同僚職員の行為による事故である。      ７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

(注)　｢補償先行理由｣の2､3､4又は6のいずれかに該当する場合には､本文中｢なお｣以下は不要

　　 (＝線で消す) であること。

**◎この理由書は､あなたの所属の公務災害事務担当者に提出してください。**