年 月 日

地方公務員災害補償基金神奈川県支部長 殿

補償受給権者（被災職員）

所属団体

所 属

氏 名

認定番号 ー

(補償先行・示談先行)

損 害 賠 償 受 領 届

次のとおり損害賠償の受領をしたので報告します。

災 害 発 生 年 月 日	年 月 日		
治 療 の 状 況	1 治ゆ (年 月 日治ゆ) 2 死亡 (年 月 日死亡)		
後 遺 障 害 の 有 無	1 後遺障害なし 2 後遺障害あり (障害等級 第 級 第 号該当)		
受領した損害賠償の内 訳	損 害 事 由	金 額 (円)	備 考
	治 療 費		
	後遺障害の逸失利益		
	死 亡 の 逸 失 利 益		
	葬 祭 費 用		
	休 業 損 害		
	慰 謝 料		
	物 損		
	そ の 他 ()		
そ の 他 ()			
合 計			
受 領 年 月 日	年 月 日 (年 月 日示談締結)		
受 領 の 区 分	1 第三者 (加害者) 等の本人支払い 2 第三者 (加害者) の任意保険からの支払い 3 自賠責 (強制) 保険への被害者請求による支払い 4 その他		

(注) 提出にあたっては、次の書類を必ず添付してください。

- 1 示談書 (写) 又は免責証書 (写)
- 2 損害賠償受領額の内訳書 (明細書、計算書等の写し)
- 3 後遺障害ありの場合は、自賠責保険会社から発行された後遺障害等級認定票及び別紙認定理由の写し