

事 実 確 認 書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長 殿

(確認者)住所

氏名 □

(当事者(乙)との関係… )

当 事 者	甲	住 所	
		氏 名	
	乙	住 所	
		氏 名	
事故発生日時			
事故発生場所			
事故発生の状況			

任意保険に加入している場合は不要。

自賠責保険のみの加入で、相手方に求償する場合、相手方に事実確認してもらうために必要な書類。自賠責保険金額120万円以内におさまれば不要。