

被 保 険 者	個人番号			被保険者番号			医療福祉 制度の有無	有 無		
	氏 名			生年月日	年	月			日生	
	事故発生の 日時及び場所	年 月 日 午前・午後 時 分頃 場所			事故当時の 心身等の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気( )				
	傷病名及び 傷病の状況や 程度 ※2				治療の見込み	入院	日	通院	日	
						費用	円			
						終了	年	月	日	
保険診療による 医療機関名	1.			治療期間	～					
	2.				～					
	3.				～					
任意保険	会社名	支店名		担当者	TEL					
相 手 方	当 事 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日生				
		住 所			TEL			職業		
	自 賠 責	車両の 所有者	1. 本 人 (事故当事者と車両所有者が同じ) 2. 本人以外 (親族・従業員・その他 ( ))			事故当時の 心身等の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気( )			
		証 書 番 号								
	任 意 保 険	保険会社名			契約者住所					
		加入の有無	有 無	証書番号			対人賠償の対応	有 無		
		保険会社名			支店名					
		担 当 者			TEL					
	損害賠償に関する交渉の経過 ※3									
	交通事故外 の被害行為 の発生状況	暴力行為やペット咬傷等 記入欄が足りない場合は裏面に記入してください。  ・交通事故の場合には、事故状況報告書に詳しく記入してください。								
上記のとおり届けます。 年 月 日 住所 氏名 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て TEL ( )										

※1 その他の事故は、暴力行為やペットの咬傷等の交通事故外の場合です。 市町村確認欄 (保険会社提出代行 有・無)

※2 傷病名及び傷病の状況や程度は、できるだけ詳しく記入してください。

※3 損害賠償に関する交渉の経過は、費用ごとに記入し、示談成立したときは示談書の写しを提出してください。

交通事故の添付書類：事故状況報告書(別添 1)、念書(別添 2)、誓約書(別添 3)、交通事故証明書 (物件事故の場合は人身事故証明書  
入手不能理由書を添付のこと)

その他の事故の添付書類：念書(別添 2)、誓約書(別添 3-1)

(裏面)

その他交通事故外の被害行為の発生状況

交  
通  
事  
故  
外

( 警察署 担当官へ 年 月 日に届出済 )