

被 保 険 者	個人番号	102345678912		被保険者番号	01234567		医療福祉 制度の有無	有 無			
	氏 名	広城 太郎		生年月日	昭和 8 年 1 月 1 日生						
	事故発生の 日時及び場所	平成 29 年 4 月 1 日 午前・ 午後 0 時 30 分頃 場所 茨城県水戸市赤塚 1-1			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	右前腕犬咬創、左膝挫傷、左膝打撲傷			治療の見込み	入院 日 通院 5 日	費用	円			
	保険診療による 医療機関名	1. ○△医療センター			治療期間	H29. 4. 1~H29. 4. 21					
		2. 3.				~ ~					
任意保険	会社名	支店名		担当者	TEL						
相 手 方	フリガナ 氏 名	こくぼ はなこ 国保 花子		性別	男・ 女	生年月日	昭和 56 年 2 月 3 日生				
	住 所	水戸市〇〇町 1-1		TEL	029-****-****		職業	会社員			
	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()					
	自 賠 責	証 書 番 号									
		保険会社名 契約者氏名									
	任 意 保 険	加入の有無	有	無	証	相手方が任意保険に加入している場合は記入のこと				有	無
		保険会社名				支店名					
担 当 者					TEL						
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。 被保険者がミオスという商業用施設に入ろうとしたところ、駅に向 かって散歩中だった相手方の犬が被保険者の右腕に飛びつき受傷し た。 ・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。 平成 29 年 8 月 1 日 茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて 住所 水戸市赤塚 1-1 氏名 広城 太郎 TEL 029 (309) 1214 電話番号は必ず書くこと 市町村窓口で記入											

※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**)

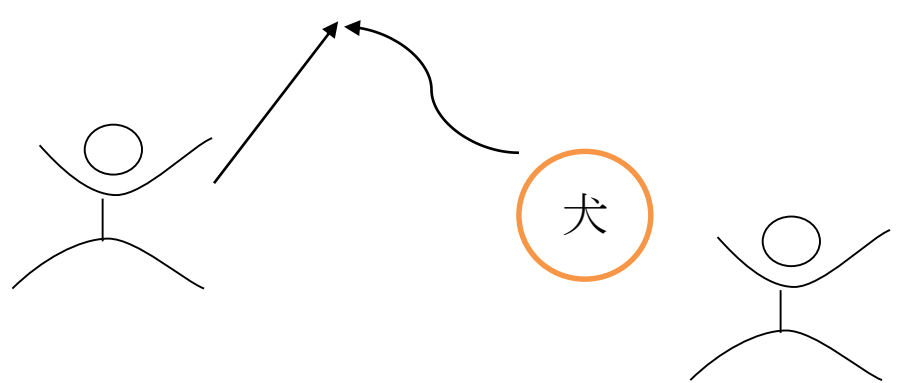
※2 傷病名及び傷病の状況や程度は、できるだけ詳しく記入してください。

※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)、事故証明書(物件事故の由書を添付のこと。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	商業用施設 ミオス
	自動ドア
	
(警察署 担当官へ 年 月 日に届出済)	