

様式第 15 号 (第 16 条関係)

第三者行為による被害届

(**交通事故**・その他の事故 ※1)

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	広域 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	骨盤骨折、脳挫傷 かなりの重傷で意識不明		治療の見込み	入院 180 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. ○△医療センター 2. ○×病院 3.		治療期間	H29.4.1~H29.6.29 H29.6.29~現在に至る ~			
	任意保険	会社名	△○損害保険株式会社		支店名	水戸支店		担当者
相 手 方	氏名	フリガナ 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 保有者	1. 本人 (事故) 保有者は分かる範囲で可 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	AX-123456						
	保険会社名	××海上火災保険株式会社						
	契約者氏名	国保 花子	契約者住所	水戸市〇〇町 1-1				
加入の有無	有 無	証書番号	MKA-37269			対人賠償の対応	有 無	
任意 保 険	保険会社名	××海上火災保険株式会社		支店名	水戸損害サービスセンター			
担 当 者	田中	TEL	029-〇〇〇-××××					
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。 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 広域 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 (物件事故の場合)
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)