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 |  | 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 |  |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
| 住　所 |  | TEL |  | 職業 |  |
| 車両の保有者 | 1.本人（事故当事者と車両保有者が同じ）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 |  | 契約者住所 |  |
| 任意保険 | 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　） |