

記入例(交通事故のとき)

同乗中の事故の場合、自身の乗っていた車両の運転手と事故の相手運転手を「相手方」として2部ご用意ください。

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	〇〇年〇月〇日 午前・ 午後 〇時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
	保険診療による 医療機関名	1. ○△医療センター			治療期間	〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日			
		2. ○×病院				〇〇年〇月〇日～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	TEL	
							佐藤	029-****-****	
相 手 方	氏名	フリガナ 連合 花子		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-****-****				
	車両の 保有者	1. 本人 (事故) 保有者は分かる範囲で記入			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	連合 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 連合花子の加入している保険会社(××海上火災保険株式会社)で対応中。								
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。				事故詳細確認のため必ず記入					
〇〇年〇月〇日		住所 水戸市赤塚1-1		氏名 広域 太郎		TEL 029 (309) 1214			
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て									

※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

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(物件事故の場合は人身事故入り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)

市町村窓口で記入

(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)