

第三者行為基本調査書

保険者名

事故発生日 年 月 日	年 月 日	午前 午後	時 分頃	
事故発生場所	市 郡		町 村	
被害者 (被保険者) (加入者)	住 所			
	氏 名	男 女	歳	
	職 業	TEL		
加 害 者	住 所			
	氏 名	男 女	歳	
	車両保有者との関係	職業	TEL	
保 有 者	住 所			
	氏 名	TEL		
自賠 保 険 関 係	有・無	保険会社名 組 合 名	保険会社 組 合 支店	
		証明書番号	第 号	
	保 險 者 保 契 約 者	住 所		
		氏 名	TEL	
	加 害 者	種 別	登 録 (車両番号)	
	保 險 間	自 年 月 日～至 年 月 日午前 時 カ月間		
未請求 月頃請求する予定	請求済 仮渡 内払 回	円 円	本請求済 年 月 日頃 円	

任意 保 險  (対 人)	有・無	保険会社名 組 合 名	保険会社 組 合	支店	
		証明書番号	第	号	
	保 險 者 契 約 者	住 所			
		氏 名	TEL		
	保 險 間 期	自 年 月 日～至 年 月 日午前 時 カ月間			
自 賠 と の 関 係	任意保険会社が自賠一括払の 有・無		人身障害保険会社が自賠一括の 有・無		
医療機関名 サービス 事業者等名			傷 病 名		
示 談 内 容	成立 年 月 日、未成立、交渉中( 年 月 日現在)				
摘 要 欄	高額医療費支給の有・無 (高額介護サービス費)		市 町 村 担当者名 T E L		
保 險 会 社			担当者名 T E L		