

第三者行為基本調査書 (交通事故)

保険者等名

事故発生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日 午前 8 時 30 分頃		
事故発生場所	小樽市○○1丁目1番1号		
被害者 (被保険者 加入者)	住所	小樽市△△2丁目2番2号	
	氏名	小樽 太郎	男・女 △ 歳
	職業	無職	TEL 0134-××-××××
加害者 (運転者)	住所	小樽市□□3丁目3番3号	
	氏名	花園 花子	男・女 □ 歳
	車両の保有者との関係	本人 職業 会社員	TEL 0134-○○-××××
保有者	住所	小樽市□□3丁目3番3号	
	氏名	花園 花子	TEL 0134-○○-××××
自賠責 保険 関係	有・無	保険会社名	◇◇保険会社 ◇◇ 支店
		証明書番号	第 ◇◇◇◇◇◇◇◇ 号
	加入者種別	◇◇◇◇◇	登録(車両番号)
自賠責 保険 関係	自	◇ 年 ◇ 月 ◇ 日	～
	至	◇◇ 年 ◇◇ 月 ◇◇ 日	午前 ◇ 時 ◇ ヵ月間
任意 保険 対人	未請求	請求済	本請求済
	月頃請求する予定	仮渡 内払 回	平成 年 月 日頃 円 円
任意 保険 対人	有・無	保険会社名	△△保険会社 △△ 支店
		証明書番号	第 △△△△△△△△ 号
	加入者種別	◇◇◇◇◇	登録(車両番号)
自賠責 保険 関係	自	△ 年 △ 月 △ 日	～
	至	△△ 年 △△ 月 △△ 日	午前 △ 時 △ ヵ月間
医療機関名 サービス事業者等名	任意保険会社が自賠一括払の	有・無	人身傷害保険会社が自賠一括の
	○×病院		有・無
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 (高額介護サービス費)	有・無	市町村担当者名 TEL
	損保会社	△△保険会社	担当者名 TEL ※※ 0134-◇◇-△△△△