

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	時	分頃	
事故発生場所							
被害者 (被保険者 加入者)	住所						
	氏名	男・女 歳					
	職業	TEL					
加害者 (運転者)	住所						
	氏名	男・女 歳					
	車両の保有者との関係	職業	TEL				
保有者	住所						
	氏名	TEL					
自賠責 保険 関係	有・無	保険会社名 組合名	支店				
		証明書番号	第	号			
	保険者	住所					
		氏名	TEL				
	加害者種別		登録(車両番号)				
保険期間	自	年	月	日	～		
	至	年	月	日	時	ヵ月間	
未請求	請求済		本請求済				
	月頃請求する予定	仮渡 内払	回	円 円	年	月	
					日頃 円		
任意 保険 (対人)	有・無	保険会社名 組合名	支店				
		証明書番号	第	号			
	保険者	住所					
		氏名	TEL				
	加害者種別		登録(車両番号)				
保険期間	自	年	月	日	～		
	至	年	月	日	時	ヵ月間	
自賠との関係	任意保険会社が自賠一括払の有・無			人身傷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 TEL			
損保会社				担当者名 TEL			