

## 第三者行為基本調査書 (交通事故)

保険者等名

登別市

|                         |                               |       |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|-------------------------|-------------------------------|-------|----------------|------|-------------|----|------|------|---|---|---|-----|
| 事故発生年月日                 | 平成                            | 年     | 月              | 日    | 時           | 分頃 |      |      |   |   |   |     |
| 事故発生場所                  |                               |       |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
| 被害者<br>(被保険者<br>加入者)    | 住所                            |       |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         | 氏名                            |       |                |      |             | 歳  |      |      |   |   |   |     |
|                         | 職業                            | TEL   |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
| 加害者<br>(運転者)            | 住所                            |       |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         | 氏名                            |       |                |      |             | 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<br>保険<br>関係         | 自賠責<br>保険<br>会社               | 保険会社名 | 支店             |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         |                               | 証明書番号 | 第              | 号    |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         | 加害者                           | 住所    |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         |                               | 氏名    | TEL            |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
| 任意<br>保険<br>(対人)        | 任意<br>保険<br>会社                | 住所    |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         |                               | 氏名    | TEL            |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         | 保険期間                          | 自 平成  | 年              | 月    | 日           | ～  | 至 平成 | 年    | 月 | 日 | 時 | ヵ月間 |
| 自賠責との関係                 | 未請求                           | 請求済   |                | 本請求済 |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         | 月頃請求する予定                      | 仮渡    | 円              | 平成   | 年           | 月  | 日頃   | 円    |   |   |   |     |
| 自賠責<br>個人賠償<br>責任<br>保険 | 自賠責<br>個人賠償<br>責任<br>保険<br>会社 | 保険会社名 | 支店             |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         |                               | 証明書番号 | 第              | 号    |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         | 自賠責<br>個人賠償<br>責任<br>保険<br>期間 | 住所    |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         |                               | 氏名    | TEL            |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
| 自賠責との関係                 | 任意保険会社が自賠一括払の                 |       | 人身傷害保険会社が自賠一括の |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
| 医療機関名<br>サービス事業者等名      | 医療機関名<br>サービス事業者等名            | 住所    |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         |                               | 氏名    | TEL            |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         | 保険期間                          | 自 平成  | 年              | 月    | 日           | ～  | 至 平成 | 年    | 月 | 日 | 時 | ヵ月間 |
|                         | 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                      |       | 市町村担当者名        |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         | (高額介護サービス費)                   |       | TEL            |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
| 保険会社                    | 担当者名                          |       |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |
|                         | TEL                           |       |                |      |             |    |      |      |   |   |   |     |