

第三者行為基本調査書 (交通事故)

保険者等名

伊 達 市

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 險 会 社 名 組 合 名	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)		
		自	年 月 日	～		
保 險 期 間	至	年 月 日	時	ヵ月間		
		未請求	請求済	本請求済		
任 意 保 險 (対 人)	有・無	保 險 会 社 名 組 合 名	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)		
		自	年 月 日	～		
保 險 期 間	至	年 月 日	時	ヵ月間		
		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 (高額介護サービス費)		有・無	市町村担当者名 TEL		
損 保 会 社				担当者名 TEL		