|  |
| --- |
| 様式第３号 |
| **第三者行為基本調査書（交通事故）** | 保険者名 |  |
| 事故発生年月日 | 　　　年　　　月　　　日　午前・午後　　　時　　　分頃 |
| 事故発生場所 |  |
| 被害者（第二当事者） | 住　　所 | 〒 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 男女 | 才 |
| 氏　　名 |  |
| 職　　業 |  | TEL |  |
| 相手方に関する事項 | 保　有　者（第一当事者） | 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  | 契約者との関係 |  | TEL |  |
| 運　転　者（第一当事者） | 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  | 男　　　　　　　　　　　　女 | 　　　　才 | 保有者　との関係 |  |
| 職業又は勤務先 |  | TEL |  |
| 自賠責保険関係 | 有　・　無 | 保険会社名農協組合名 |  | 保険会社農業協同組合 |  |  | 支店 |
| 証明書番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 保険契約者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  | TEL |  |
| 相手自動車 | 種　　別 |  | 県　　別 |  |
| 登録番号又は車両番号 |  | 車体番号 |  |
| 保険期間 | 自　　　　　年　　月　　日　～至　　　　　年　　月　　日 |
| 当該自賠責に対する　被害者請求の有無 | 　有 ・ 無 | 請求時期 | 年　　月　　日頃予定 |
| 任意保険 | 有　・　無 | 損害保険会社名共同組合名 |  | 損害保険会社協同組合 |
|  | 支店 |  | 課 |
| 担当者名 |  | TEL |  |
| 保険契約者 | 氏　　名 |  | TEL |  |
| 保険期間 | 自　　　　　年　　月　　日　～　至　　　　　年　　月　　日 |
| 被害者加入の保険（人身傷害）使用の有無 | 有無 | 保険会社名・担当者名 | TEL |
| 保険医療機関等 |  | 保険証の使用開始日 |  　 年 　 月　 日 　 年 　 月　 日 　 年 　 月　 日 |
| 示　談　内　容 | 成立　　　　　年　　月　　日、未成立、交渉中（　　　年　　月　現在） |
| 摘　　要　　欄 | 高額療養費の支給　　　　　　　有・無 |
| 高額介護サービスの支給　　　　有・無 |