

## 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	平成 年 月 日			午前・午後	時	分	頃	
事故発生場所	市 郡		町 村					
被害者 (被保険者 加入者)	住 所							
	氏 名						男 女	才
	職 業						TEL	
加害者 (運転者)	住 所							
	氏 名						男 女	才
	車両の保有者 との関係	職業				TEL		
保 有 者	住 所							
	氏 名						TEL	
自 賠	有 ・ 無	保険会社名 農協組合名	保険会社 農協組合				支店	
		証明書番号	第				号	
保 契	約 者	住 所						
		氏 名						TEL
関 保	加 害 者	種 別			登録(車両番号)			
		保 險 期 間	自平成 年 月 日～至平成 年 月 日午前 時 ヲ月間					
保	未請求	請求済	仮渡 内払 回		円	本請求済 平成 年 月 日頃 円		
		月頃請求する予定						
任 意 保 険 (対 人)	有 ・ 無	保険会社名 農協組合名	保険会社 農協組合				支店	
		証明書番号	第				号	
保 契	約 者	住 所						
		氏 名						TEL
保 險 期 間	自平成 年 月 日～至平成 年 月 日午前 時 ヲ月間							
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			

第三者行為基本調査書 (交通事故)

保険者等名

〇〇市

事故発生日	平成 20 年 2 月 13 日			午前(午後)	4 時 30 分	頃
事故発生場所	〇〇市〇〇南〇条東〇丁目先市道					
被害者 (被保険者 加入者)	住所	〇〇市〇〇区南〇条西〇〇丁目				
	氏名	国保太郎	(男)	32 才		
	職業	会社員	TEL	011-231-5161		
加害者 (運転者)	住所	〇〇市〇〇区〇〇〇条〇丁目				
	氏名	札幌五郎	(男)	45 才		
	車両の保有者との関係	本人	職業	会社員	TEL	011-231-5430
保有者	住所	加害者に同じ				
	氏名	TEL				
自賠 保 険 関 係	有・無	〇	無			
	保険会社名 農協組合名	〇〇損害	保険会社 農協組合	支店		
	証明書番号	第	123456	号		
	住所	加害者に同じ				
	氏名	TEL				
加害者種別	普通乗用	登録(車両番号)	〇〇300 こ 20-20			
保険期間	自平成 19年 6月 30日~至平成 21年 6月 30日午前 0時 24ヵ月間					
未請求	請求済	本請求済	平成 年 月 日頃			
月頃請求する予定	仮渡 内払 回	円	円			
任意 保 険 (対人)	有・無	〇	無			
	保険会社名 農協組合名	〇〇海上火災	保険会社 農協組合	〇〇 支店		
	証明書番号	第	T30-2222	号		
	住所	加害者に同じ				
	氏名	TEL				
保険期間	自平成 19年 7月 1日~至平成 21年 7月 1日午前 0時 24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	〇〇 整形外科病院		傷病名	頸筋捻挫		
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	〇〇市国保係 北海道子 211-1111		
損保会社	〇〇海上火災		担当者名 TEL	中央花子 231-2000		

事故証明書と同じく記載して下さい。

住所・氏名・年令は原則として事故証明書と同じであるが委託までの間に変更がないか注意願います。

運行供用者等の判断のため必ず記載して下さい。

自賠責・任意保険欄は洩れなく記載して下さい。

市町村の担当者名を記入して下さい。

損保会社名・担当者名は必ず記載して下さい。  
(リサーチ調査事務所は除く)