

(様式第3号)

第三者行為基本調査書

保険者名

事故発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃			
事故発生場所	市 町 郡 村			
被害者 (被保険者)	住所	(〒) 市 町 郡 村 番地		
	氏名	男 女 才		
	職業	TEL		
保有者	住所	(〒)		
	氏名	TEL		
運転者 (加害者)	住所	(〒)		
	氏名	男 女 才		
	保有者との関係	TEL		
自賠責	有・無	保険会社名	保険会社 支店	
		農協組合名	農業協同組合	
保	加害自動車	種別	県別	
		登録番号又は車両番号	車台番号	
関	保険期間	自 令和 年 月 日～		
		至 令和 年 月 日 午前12時 ヶ月間		
係	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	令和 年 月 日頃 円

任 意	有・無	保険会社名	保険会社	支店
		農協組合名	農業協同組合	
保 險	保険契約者	証券番号	第	号
		住 所		
（ 対 人 ）	一 括 支 払 制度の有無	氏 名	TEL	
		保 險 期 間	自 令和 年 月 日～ 至 令和 年 月 日 午後4時 ヶ月間	
療養取扱機関名		国保による診療 令和 年 月 日から		
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		