

第三者行為基本調査書 (交通事故)

保険者等名称 北海道後期高齢者医療広域連合

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 (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		
自賠責 保険 関係	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	
	加害者	種別	登録(車両番号)	
	保険期間	自 年 月 日～至 年 月 日 時 カ月間		
係	未請求 月頃請求する予定	請求済 仮渡内払回	本請求済 平成 年 月 日頃 円 円	
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	
	保険期間	自 年 月 日～至 年 月 日 時 カ月間		
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	高額療養費支給の有・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 北海道後期高齢者医療広域連合

事故発生年月日	令和 3 年 4 月 5 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	広域太郎	男 86 才
	職業	無職	TEL 011-290-5602
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 49 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	加害者に同じ TEL	
自賠責 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	
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 支店
	証明書番号	第 T30-2222 号	
	住所	加害者に同じ	
氏名	加害者に同じ TEL		
保険期間	自 令和 3 年 2 月 1 日～至 令和 4 年 2 月 1 日 午前 12 時 12 月間		
自賠との関係	任意保険会社が自賠一括払の 有・無	有	無
人身傷害保険会社が自賠一括の 有・無	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	高額療養費支給の有・無 (高額介護サービス費)	市町村 担当者名 TEL	〇〇市後期高齢者医療係 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

交通事故の場合は事故証明書と同じく記載してください。

交通事故の場合は、住所・氏名・年令は原則として事故証明書と同じ。交通事故の場合は、運行供用者等の判断のため必ず記載してください。

自賠責・任意保険欄は洩れなく記載してください。

市町村の担当者が担当者名等を記入

損保会社名・担当者名は必ず記載してください。
(リサーチ調査事務所は除く)

※ 「自賠保険関係」の「保険期間」欄と「任意保険(対人)」の「自賠との関係」欄は特に注意し、記入漏れのないようお願いします。

※ 交通事故以外の時は交通事故に関係する部分は斜線を引いてお使いください。