

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 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 保 険 関 係 | 有・無 | 保険会社名 農協組合名 | 保険会社 支店 農協組合 | | | |
| | | 証明書番号 | 第 | 号 | | |
| | 保 険 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 分 間 | | | | | |
| 未請求 | 請求済 | | 本請求済 | | | |
| 月頃請求する予定 | 仮渡内払回 | | 円 | 平成 年 月 日頃 | 円 | |
| 任意 保 険 (対 人) | 有・無 | 保険会社名 農協組合名 | 保険会社 支店 農協組合 | | | |
| | | 証明書番号 | 第 | 号 | | |
| | 保 険 約 者 | 住所 | | | | |
| | | 氏名 | TEL | | | |
| | 保 険 期 間 | 自 年 月 日～至 年 月 日 時 分 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 | 令和〇年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 | |
| 自賠責保険関係 | 自賠責 | 有・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 | 加害者に同じ 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 令和〇年2月30日～至 令和〇年2月30日 午前12時36分 月間 | | |
| 未請求 | 請求済 | 仮渡内払回 | 本請求済 |
| 任意保険(対人) | 有・無 | 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 | 加害者に同じ TEL | | |
| 保険期間 | 自 令和〇年2月1日～至 令和〇年2月1日 午前12時12分 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 | 〇〇 |
| 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」の記載内容と同様となるようにしてください。

自賠責保険関係・任意保険欄は、洩れなく記載してください。

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)

※ 交通事故以外の場合は、「自賠責保険関係」欄の記載は不要です。