

(様式第3号)

第三者行為基本調査書

保険者名

A市

事故発生年月日	令和4年4月10日 午前・ 午後 3時20分頃				
事故発生場所	A市新町3-3-3				
被害者 (被保険者)	住所	(〒111-1111) A市中央1-1-1			
	氏名	国保太郎	男 女	59才	
	職業	農業	TEL 111-111-1111		
保有者	住所	(〒222-2222) B市上黒銀町2-2-2			
	氏名	社保花子	TEL 222-222-2222		
運転者 (加害者)	住所	(〒222-2222) B市上黒銀町2-2-2			
	氏名	社保花子	男 女	34才	
	保有者との関係	本人	TEL 222-222-2222		
自賠責 保険 関係	有 ・無	保険会社名	C火災	保険会社	B市支店
		農協組合名	農業協同組合		
		証明書番号	第 G-22222222 号		
	保険契約者	住所	B市上黒銀町2-2-2		
		氏名	社保花子	TEL 222-222-2222	
	加害自動車	種別	小型	県別	青森県
登録番号又は 車両番号		青森22 あ 222	車台番号	AAA22-22222	
保険期間	自 令和 2年 5月14日～ 至 令和 4年 5月14日	午前12時	24ヶ月間		
未請求	請求済	本請求済			
月頃請求する予定	仮渡	円	令和 年 月 日頃		
	内払	円	円		

加害者側の自賠責保険の情報を記入します。

記載例

加害者側の任意保険の情報を記入します。

任意 保 険 (対 人)	(有)・無	保険会社名 農協組合名	D海上 (保険会社) B市 支店 農業協同組合		
		証券番号	第 D-222222222 号		
	保険契約者	住 所	B市上黒銀町2-2-2		
		氏 名	社 保 花 子	TEL 222-222-2222	
	保 険 期 間	自 令和 2年5月14日～ 至 令和 4年5月14日 午後4時	24ヶ月間		
一 括 支 払 制度の有無	(有)・無				
療養取扱機関名		〇〇病院 国保による診療 令和4年4月10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			

- ①被害者や加害者などの関係につきまして、特記することがあれば、その内容を記入します。
- ②窓口となる損保会社の情報（自賠責保険、任意保険、所在地、担当者名等）を記入します。