

第三者行為基本調査書（交通事故）

保険者等名

室蘭市

事故発生年月日	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	歳				
	職業	TEL				
加害者 (運転者)	住所					
	氏名	歳				
	車両の所有者 との関係	職業	TEL			
保有者	住所					
	氏名	TEL				
自賠責 保 険 関 係	保険契約者	保険会社名 組合名	支店			
		証明書番号	第	号		
		住所				
		氏名	TEL			
加害者	種別		登録（車両番号）			
	保険期間	自 至	年 月 日 年 月 日	時	ヵ月間	
未請求	請求済 仮渡 内払	回	円	本請求済		
			円	年 月 日頃	円	
任意 保 険 (対 人)	保険契約者	保険会社名 組合名	支店			
		証明書番号	第	号		
住所						
氏名		TEL				
加害者	種別		登録（車両番号）			
	保険期間	自 至	年 月 日 年 月 日	時	ヵ月間	
自賠との関係	任意保険会社が自賠一括払いの		人身傷害保険会社が自賠一括の			
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 (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			