

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

事故発生日	平成	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	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 農協組合					支店	
		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	自平成 年 月 日～至平成 年 月 日午前 時 カ月間							
未請求	請求済		仮渡 内払 回		円	本請求済		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 農協組合					支店	
		証明書番号	第 号						
	保 険 約 者	住所							
		氏名	TEL						
	保 険 期 間	自平成 年 月 日～至平成 年 月 日午前 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				