

### 第 三 者 行 為 基 本 調 査 書

事故発生年月日		年		月		日		時		分		頃	
事故発生場所		付近											
被害者 (被保険者)	住所												
	氏名				性別			年齢	歳				
	職業												
保有者	住所												
	氏名	Tel											
運転者 (加害者)	住所												
	氏名				性別			年齢	歳				
	保有者との関係												
自 賠 責 関 係	有・無	保険会社名	保険会社 農業協同組合					支店 支社					
		証明書番号	第 号										
	保険契約者	住所											
		氏名											
	加害自動車	種別					県別						
		車輛ナンバー					車体番号						
	保険期間	自 年 月 日～至 年 月 日 午前 12 時 月間											
	未請求		請求済					本請求					
	月頃請求する予定		仮渡 内払			円	円		年 月 日頃 円				
	任 意 保 険	有・無	保険会社名	保険会社 農 協					支店 支所				
証明書番号			第 号										
保険契約者		住所											
		氏名											
保険期間		自 年 月 日～至 年 月 日 月間											
一括支払制度の有無		有・無											
療養取扱機関名	国保による診療 年 月 日から												
示談内容	成立 年 月 日 交渉中 ( 年 月現在)												
摘要欄	高額療養費の支給 有・無												