|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第３－２号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **第三者行為基本調査書（一般用）** | | | | | 保険者名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 事故発生年月日 | | | 年　　　月　　　日　午前・午後　　　時　　　分頃 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生場所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被害者  （第二当事者） | | | 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | 男  女 | | | | 才 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 職　　業 |  | | | | | | | | TEL | | |  | | | |
| 相手方に関する事項 | 第一当事者 | | 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | 男　　　　　　　　　　女 | | | | 才 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | |
| 職業又は勤務先 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| その他関係者 | | 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | 男  　女 | | | | | | 才 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 職業又は勤務先 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 任意保険 | 有・無 | 損害保険会社名  共同組合名 |  | | | | | | | | | | | | | 損害保険会社  協同組合 | |
|  | | | | 支店 | | | | | |  | | | | 課 |
| 証券番号 | 第　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | 担当者名 | |  | | |
| 保険契約者 | 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | TEL | |  | | | |
| 第一当事者との関係 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 保険期間 | 自　　　　　年　　月　　日　～　至　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険医療機関等 | | |  | | | 保険証の使用開始日 | | | | | | | | | 年 　 月　 日 | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高額介護サービスの支給　　　　有・無 | | | | | | | | | | | | | | | |