|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第３号**第三者行為基本調査書（交通事故）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **第三者行為基本調査書（交通事故）** | | | | | | | 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 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | 男  女 | | 才 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | |
| 職　　業 | |  | | | | | | | | | TEL | |  | | | | | | | | | | | |
| 相手方に関する事項 | 保　有　者  （第一当事者） | | | 住　　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | 契約者  との関係 | | | | |  | | TEL | | | |  | | | | | | | |
| 運　転　者  （第一当事者） | | | 住　　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | 男　　　　　　　　　　　　女 | 才 | | | 保有者　との関係 | | | |  | | | | |
| 職業又は  勤務先 | |  | | | | | | | | | TEL | |  | | | | | | | | | | | |
| 自賠責保険関係 | 有　・　無 | | 保険会社名  農協組合名 | |  | | | | | | | | 保険会社  農業協同組合 | | | | | | | |  | | |  | 支店 | | |
| 証明書番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険契約者 | | 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | TEL | |  | | | | | | | | | | | |
| 相手自動車 | | 種　　別 | |  | | | | | | | 県　　別 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 登録番号又  は車両番号 | |  | | | | | | | 車体番号 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 保険期間 | | 自　　　　　年　　月　　日　～至　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該自賠責に対する  　被害者請求の有無 | | | | 有 ・ 無 | | 請求時期 | | | | 年　　月　　日頃予定 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| 証書番号 | |  | | | | | 担当 | | | |  | | | | | TEL | | | |  | | | | |
| 保険契約者 | | 氏　　名 | |  | | | | | | | | | TEL | | |  | | | | | | | | | | |
| 保険期間 | | 自　　　　　年　　月　　日　～　至　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被害者加入の保険（人身傷害）使用の有無 | | | | 有  無 | 保険会社名・担当者名 | | | | | | | | | | | | TEL | | | | | | | | | | | |
| 保険医療機関等 | | |  | | | | | | 保険証の使用開始日 | | | | | | | | 年 　 月　 日  　 年 　 月　 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |