

## 第三者行為基本調査書 (交通事故)

保険者等名

深川市国民健康保険

事故発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃			
事故発生場所				
被害者 (被保険者 加入者)	住所			
	氏名	男・女 歳		
	職業	TEL		
加害者 (運転者)	住所			
	氏名	男・女 歳		
	車両の保有者との関係	職業	TEL	
保有者	住所			
	氏名	TEL		
自賠責 保険 関係	有・無	保険会社名	支店	
		組合名		
	証明書番号	第 号		
	保険者	住所		
		氏名	TEL	
加害者種別		登録(車両番号)		
保険期間	自 令和 年 月 日 ~			
	至 令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	ヵ月間		
係	未請求	請求済	本請求済	
	月頃請求する予定	仮渡内払 回	円 令和 年 月 日頃 円	
任意 保険 (対人)	有・無	保険会社名	支店	
		組合名		
	証明書番号	第 号		
	保険者	住所		
		氏名	TEL	
保険期間	自 令和 年 月 日 ~	午前・午後 時 分頃 ヵ月間		
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		
自転車 個人 賠償 責任 保険	有・無	保険会社名	支店	
		組合名		
	証明書番号	第 号		
	保険者	住所		
氏名		TEL		
保険期間	自 令和 年 月 日 ~	午前・午後 時 分頃 ヵ月間		
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	高額医療費支給の (高額介護サービス費) 有・無	市町村担当者名 TEL	深川市市民課医療年金係 0164-26-2133	
保険会社			担当者名 TEL	