

## 第三者行為基本調査書

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	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 組 合 名	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 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 午前・午後 時 カ月間			
未請求 月頃請求する予定	請求済 仮渡 内払 回	円	本請求済 令和 年 月 日頃 円	
任 意 保 険 ( 対 人)	有・無	保険会社名 組 合 名	支店	
		証明書番号	第 号	
	保 険 約 者	住所		
		氏名	TEL	
	保 険 期 間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 午前・午後 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	