

第三者行為基本調査書（交通事故）

保険者等名称 北海道後期高齢者医療広域連合

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 〔被保険者 加入者〕	住所						
	氏名	男 女 才					
	職業	TEL					
加害者 (運転者)	住所						
	氏名	男 女 才					
	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	保険会社 支店				
		農協組合名	農協組合				
		証明書番号	第 号				
	保険契約者	住所					
		氏名	TEL				
	加害者	種別			登録(車両番号)		
	保険期間	自 年 月 日～至 年 月 日 時 ヲ月間					
	未請求		請求済		本請求済		
	月頃請求する予定		仮渡内払回		平成 年 月 日頃		
			円 円		円		
任意保険(対人)	有・無	保険会社名	保険会社 支店				
		農協組合名	農協組合				
		証明書番号	第 号				
	保険契約者	住所					
		氏名	TEL				
	保険期間	自 年 月 日～至 年 月 日 時 ヲ月間					
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		高額療養費支給の有・無 (高額介護サービス費)		市町村 担当者名 TEL			
損保会社				担当者名 TEL			

第三者行為基本調査書（交通事故）

保険者等名 北海道後期高齢者医療広域連合

事故発生年月日	令和 3 年 4 月 5 日 午前・午後 4 時 30 分 頃			
事故発生場所	〇〇市〇〇南〇条東〇丁目先市道			
被害者 〔被保険者〕 〔加入者〕	住所	〇〇市〇〇区南〇条西〇〇丁目		
	氏名	広域太郎	男 86 才	
	職業	無職	TEL 011-290-5602	
加害者 (運転者)	住所	〇〇市〇〇区〇〇〇条〇丁目		
	氏名	札幌五郎	男 49 才	
	車両の保有者との関係	本人 職業 会社員	TEL 011-231-5430	
保有者	住所	加害者に同じ		
	氏名	加害者に同じ TEL		
自賠責・任意保険欄は洩れなく記載してください。	自賠責	保険会社名	〇〇損害 保険会社 支店	
		農協組合名	〇〇損害 農協組合	
	責任者	住所	加害者に同じ	
		氏名	加害者に同じ TEL	
	加害者	種別	普通乗用	登録(車両番号) 〇〇300 こ 20-20
		保険期間	自 令和 2 年 2 月 30 日～至 令和 5 年 2 月 30 日 午前 12 時 36 ヶ月間	
	未請求	請求済	仮渡 円 平成 年 月 日頃	
		月頃請求する予定	仮渡 円 平成 年 月 日頃	
	任意保険(対人)	任意保険	保険会社名	〇〇海上火災 保険会社 支店
			農協組合名	〇〇海上火災 農協組合
責任者		住所	加害者に同じ	
		氏名	加害者に同じ TEL	
保険期間		自 令和 3 年 2 月 1 日～至 令和 4 年 2 月 1 日 午前 12 時 12 ヶ月間		
		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	〇〇 整形外科病院	傷病名	頸筋捻挫	
示談内容	成立 年 月 日、未成立 交渉中(年 月 日 現在)			
摘要欄	高額療養費支給の有・無 (高額介護サービス費)	市町村担当者名 TEL	〇〇市後期高齢者医療係 北海道子 211-1111	
損保会社	〇〇海上火災	担当者名 TEL	中央花子 231-2000	

交通事故の場合は事故証明書と同じく記載してください。

交通事故の場合は、住所・氏名・年令は原則として事故証明書と同じ。
交通事故の場合は、運行供用者等の判断のため必ず記載してください。

市町村の担当者が担当者名等を記入

損保会社名・担当者名は必ず記載してください。
(リサーチ調査事務所は除く)
※ 「自賠保険関係」の「保険期間」欄と「任意保険(対人)」の「自賠との関係」欄は特に注意し、記入漏れのないようお願いします。

※ 交通事故以外の時は交通事故に関係する部分は斜線を引いてお使いください。