　第三者行為基本調査書（交通・その他事故）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 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 | | 都・道・府・県　　　　　市・郡　　　　　町・村 | | | | | | | | | | |
| 被害者 | | 住　　　　　所 | （〒　　－　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　　市・郡  　　　　　　　　町・村　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  氏　　　　　名 | (男・女) | | | | | | | | (生年月日)  　 年　　月　　日 | |
| 被保険者番号 |  | | | | | | | |
| 職　　　　　業 |  | | | | | | | ℡ | | |
| 加害者 | | 住　　　　　所 | （〒　　－　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　　市・郡  　　　　　　　　町・村　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  氏　　　　　名 | (男・女) | | | | | | | | (生年月日)  　 年　　月　　日 | |
| ※  保有者との関係 | 本人・親族（続柄：　　）  従業員・その他（　　） | | | 職業 |  | | | | ℡ | |
| 事業者  （その他事故の  場合のみ記入  する） | | 住　　　　　所 | （〒　　－　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　　市・郡  　　　　　　　　町・村　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  事業者名 |  | | | | | | | ℡ | | |
| （フリガナ）  代表者名 |  | | | | | | | | | |
| ※ 保有者 | | 住　　　　　所 | （〒　　－　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　　市・郡  　　　　　　　　町・村　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  氏　　　　　名 | (男・女) | | | | | | | | (生年月日)  　 年　　月　　日 | |
| 保険契約者との  関　　　　　係 | 本人・譲受人・借受人・その他（　　　） | | | | | | | | ℡ | |
| ※  自  賠  責  保  険  関  係 | 有・無 | 保険会社名  農協組合名 | 保険（相互）会社  農業協同組合 支店 | | | | | | | | | |
| 証明書番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | |
| 保険契約者 | 住　　　　　所 | （〒　　－　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　　市・郡  　　　　　　　　町・村　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  氏 名 |  | | | | | ℡ | | | | |
| 加害自動車 | 種　　　　　別 |  | | | | | 県　　別 | | | |  |
| 登録番号又は  車両番号 |  | | | | | 車台番号 | | | |  |
| 保険期間 | 自　　　　年　　　月　　　日　　 時　～　至　　　　年　　　月　　　日　　 時 | | | | | | | | | | |
| ＊  任  意  保  険 | 有・無 | 保険会社名  農協組合名 | 保険（相互）会社  農業協同組合 支店 | | | | | | | | | |
| 証券番号 | 第 号 | | | | | | | | | |
| 保険契約者 | 住 所 | （〒　　－　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　　市・郡  　　　　　　　　町・村　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  氏 名 |  | | | | | ℡ | | | | |
| 保険期間 | 自　　　　年　　　月　　　日　　 時　～　至　　　　年　　　月　　　日　　 時 | | | | | | | | | | |
| サービス  事業者名 | |  | | 介護保険によるサービス提供 | | | | 年　　月　　日 から | | | | |
| 示談内容 | | 成立（　　 　年 　月 　日） ・ 未成立 ・ 交渉中（　　 　年 　月 　日 現在 ） | | | | | | | | | | |
| 摘要欄 | | 高額介護サービス費の支給　　　　有　・　無 | | | | | | | | | | |

　※印の欄は交通事故の場合にのみ記入すること。