

(様式第3号の2)

第三者行為基本調査書

保険者名

A市

事故発生年月日	令和4年4月10日 午前・ 午後 3時20分頃			
事故発生場所	A市新町3-3-3			
被害者 (被保険者)	住所	(〒111-1111) A市中央1-1-1		
	氏名	国保太郎 男 女 59才		
	職業	農業 TEL 111-111-1111TEL		
保有者	住所	(〒222-2222) B市上黒銀町2-2-2		
	氏名	社保花子 TEL 222-222-2222TEL		
運転者 (加害者)	住所	(〒222-2222) B市上黒銀町2-2-2		
	氏名	社保花子 女 男 34才		
	保有者との関係	本人 TEL 222-222-2222		
自賠責	有・無	保険会社名	C火災 保険会社 B市支店	
		農協組合名	農業協同組合	
責任	保険契約者	住所	B市上黒銀町2-2-2	
		氏名	社保花子 TEL 222-222-2222	
加害自動車	種別	小型	県別	青森県
	登録番号又は車両番号	青森22あ222	車台番号	AAA22-22222
保険期間	自	令和2年5月14日～		
	至	令和4年5月14日 午前12時 24ヶ月間		
関係	未請求	請求済	本請求済	
	月頃請求する予定	仮渡 内払回	円 円	令和 年 月 日頃 円

加害者側の自賠責保険の情報を記入します。

記載例

加害者側の任意保険の情報を記入します。

任意 保 險 （ 対 人 ）	有・無 <input checked="" type="radio"/>	保険会社名 農協組合名	D海上 <input checked="" type="radio"/> 保険会社 農業協同組合		B市 支店	
		証券番号	第 D-222222222 号			
	保険契約者	住所	B市上黒銀町2-2-2			
		氏名	社保花子		TEL 222-222-2222	
	保険期間	自 令和 2年5月14日～ 至 令和 4年5月14日 午後4時 24ヶ月間				
	一括支払 制度の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無				
事業所名等	介護老人保健施設 ○○ 介護サービスの利用 令和4年6月2日から					
示談内容	成立 年 月 日 <input checked="" type="radio"/> 未成立 交渉中（年 月現在）					
摘要欄	高額サービス費等の支給 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無					

- ①被害者や加害者などの関係につきまして、特記することがあれば、その内容を記入します。
- ②窓口となる損保会社の情報（自賠償保険、任意保険、所在地、担当者名等）を記入します。