

(様式第3号の4)

第三者行為調査表 (被保険者用)			保険者 (市町村)	
被保険者氏名	フリガナ	連絡先	電話 (自宅・呼出)	
治療等の関係	治療を受けた病院名	期間	国保・後期高齢者医療使用の有無等	
		年 月 日～年 月 日	有・無	入院・通院
		年 月 日～年 月 日	有・無	入院・通院
		年 月 日～年 月 日	有・無	入院・通院
	治療の経過	治療中 ・ 治ゆ ・ 中止 ・ 死亡		
	まだ治療中であれば見込	年 月 日ごろまで	入院 ・ 通院	治療を要する
一部負担金の支払	・自分で支払った ・相手が支払った ・まだ払ってない (・自分が契約する・相手が契約する) 任意保険が支払った			
当面の対応について	1. 相手の任意保険が対応する	契約先	担当	
	2. 自分の任意保険が対応する 人身傷害補償保険 ・有・無	契約先	担当	
	3. 自賠責保険へ請求する	(下の自賠責保険関係欄に記入してください)		
	4. まだ決まっていない			
	5. その他			
(4または5の場合は特徴的なことを記入して下さい。)				
示談関係	※該当を○で囲んでください (月 日現在)			
	・ 成立している	成立年月日	年	月 日
	・ 成立していない			
	・ 交渉中	(成立すればただちに連絡してください)		
※ 成立している場合、その内容を記入または、示談書の写しを添付してください。				
免許証	もっている ・ もっていない	酒	飲んでいた ・ 飲んでいなかった	
自賠責保険関係	※ 自賠責保険への被害者請求について (該当を○で囲んでください。)			
	・ 請求済	(下記も記入してください)		
	仮 渡	円		
	内 払	円	(回)	
	本 請 求	円	(月 日ごろ)	
	・ 未請求	月ごろ請求する予定 (請求する前にならざるご連絡ください)		
第三者自宅電話	() —			
第三者の勤務先		電話		

※ 記入については、現在分かっている範囲で記入してください。