

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	<input type="checkbox"/> 自分で支払った ・ <input type="checkbox"/> 相手が支払った ・ <input type="checkbox"/> まだ払っていない <input type="checkbox"/> (・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)				
	<input type="checkbox"/> 成立している <input type="checkbox"/> 成立していない <input type="checkbox"/> 交渉中	   	   	   	
※ 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。)				
	<input type="checkbox"/> 請求済 (下記も記入してください) <input type="checkbox"/> 未請求	   	   	   	
月ごろ請求する予定 (請求する前には必ずご連絡ください)					
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。