

(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 ・ まだ払っていない (・ 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。