

(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 (請求する前にかならずご連絡ください)						
第三者自宅電話 (携帯)		() —				
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。