

(様式第3号の4)

第三者行為調査表 (被保険者、加入者用)			保険者 (市町村)		
被保険者氏名 (加入者氏名)	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・後期高齢者医療等使用の有無等		
		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			
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、記入できる範囲全てに記入してください。
調査依頼(通知)の文章(様式第5号)については返送の必要はありません。