

(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(老健)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。