

調査てん末書(交通事故)

保険者名

事故発生年月日		年 月 日		午前・午後		時 分頃		
事故発生場所								
被害者 (被保険者)		住所						
		氏名		男・女		歳		
		職業		TEL				
保有者		住所						
		氏名		TEL				
運転者 (加害者)		住所						
		氏名		男・女		歳		
		保有者との関係		TEL				
自賠責 保険 関係	有・無		保険会社名		保 險 会 社		支店	
			農協組合名		農 業 協 同 組 合			
			証明書番号		第 号			
	保険契約者		住所					
			氏名		TEL			
	加害自動車		種別		県 別			
			登録番号又は 車両番号		車 台 番 号			
	保険期間		自 年 月 日～至 年 月 日		午前・午後 時 ヶ月間			
	未請求		請求済 仮渡		円		本請求済 年 月 日頃	
	月頃請求する予定		内払 回		円		円	
任意 保険 対人	有・無		保険会社名		保 險 会 社		支店	
			農協組合名		農 業 協 同 組 合			
			証券番号		第 号			
	保険契約者		住所					
			氏名		TEL			
保険期間		自 年 月 日～至 年 月 日		午前・午後 時 ヶ月間				
保険医療機関名				診療開始日				
示談内容		成立 年 月 日、未成立、交渉中 (年 月 現在)						
摘要欄		高額療養費の支給 有・無						