

第三者行為報告書

認定番号

-

1 被災職員	住所	〒			
	ふりがな 氏名		所属		
2 第三者側	住所	〒			
	ふりがな 氏名		Tel		
	(男・女) (年 月 日生・ 歳)		(職 業 先)		
	保有者との関係 ()				
使用者	所在地	〒			
	事業所名		代表者氏名		
3 災害発生	日時	年 月 日 午前・午後 時 分 ごろ			
	場所				
4 災害発生状況					
5 医療機関	所在地	〒		傷病名	
	名称				
6 被災職員側 の欄	人身傷害補償保険への加入の有無		有・無 (いずれかに○印のこと)		
	保険会社名		自動車保険証券番号		
	保険契約者名				
	人身傷害補償保険金の請求の有無		有・無 (いずれかに○印のこと)		
人身傷害補償保険金の支払いを受けている場合は、受けた金額及びその年月日		円 平成 年 月 日			
7 自賠責保険等の欄 (第三者側)	保険(責任共済)契約者	所在地	〒		
		名称			
	保有者	住所	〒		
		氏名			
	契約者との関係 ()		使用車両	車種	
				登録番号又は 車両番号	
			車台番号 (必ず記入)		
保険会社		株式会社 共済農協連		支店(支社) 農 協	
保険(責任共済)期間		(必ず記入すること) 年 月 日 ~ 年 月 日 午前12時			
8 その他	(1)加害者の過失は次の理由により、 %くらいではないかと思えます。 (理由)				
	(2)損害賠償の交渉状況について (状況)				
	(3)補償の実施について (いずれかに必ず○印のこと) 補償先行を希望 する。(補償先行) ・ しない。(示談先行) (理由)				
	(4)加害車両の任意保険の加入の有無について(加入している場合は必ず記入すること)				
任意保険加入の有無		有・無 (いずれかに○印のこと)			
任意保険会社名		保険証明番号			
保険契約者名		対人制限の有無(有り の場合はその金額)			