

# 加害者（第三者）加入保険報告書

<b>第三者(加害者側又は相手側)</b>	
氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 所	〒           —
T E L	(                   )           —
生 年 月 日	年    月    日           ( 当時            歳 )

<b>自 賠 責 保 険</b>		<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
保険 会社	名 称	
	住 所	〒           —
	T E L	(                   )           —
	取扱担当者名	
保険 契約者 情報	氏 名	
	住 所	〒           —
	加害者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 雇用主 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 (                    )
証 明 書 番 号		
保 險 期 間		年    月    日 ~            年    月    日
保 險 金 の 請 求		<input type="checkbox"/> 加害者が請求 <input type="checkbox"/> 被害者が請求 <input type="checkbox"/> 未請求

<b>任 意 保 険</b>		<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
保険 会社	名 称	
	住 所	〒           —
	T E L	(                   )           —
	取扱担当者名	
保険 契約者 情報	氏 名	
	住 所	〒           —
	加害者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 雇用主 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 (                    )
証 明 書 番 号		
保 險 期 間		年    月    日 ~            年    月    日

※ 共済組合から医療費を請求する保険会社の重要な情報となります。  
必要事項を適宜記入をお願いします。

# 加害者（第三者）加入保険報告書

<b>第三者(加害者側又は相手側)</b>	
氏 名	□□ △△△ <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 所	〒 999 - 9999 和歌山県○○○市○○○
T E L	(     XXX     )     XXX     -     XXXX
生 年 月 日	平成 XX 年 XX 月 XX 日     ( 当時 XX 歳 )

<b>自 賠 責 保 険</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 未加入
保険会社	名 称	□□□保険株式会社	
	住 所	〒 999 - 9999 和歌山県○○○市○○○	
	T E L	(     XXX     )     XXX     -     XXXX	
	取扱担当者名	◇◇◇ ◇◇	
保険契約者情報	氏 名	□□ △△△	
	住 所	〒 999 - 9999 和歌山県○○○市○○○	
	加害者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 雇用主 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 (     )	
証 明 書 番 号	XXXXXXXXXX		
保 険 期 間	令和 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 令和 XX 年 XX 月 XX 日		
保 険 金 の 請 求	<input checked="" type="checkbox"/> 加害者が請求 <input type="checkbox"/> 被害者が請求 <input type="checkbox"/> 未請求		

<b>任 意 保 険</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 未加入
保険会社	名 称	◇◇◇◇◇◇損保株式会社	
	住 所	〒 999 - 9999 和歌山県○○○市○○○	
	T E L	(     XXX     )     XXX     -     XXXX	
	取扱担当者名	◇◇◇ ◇◇	
保険契約者情報	氏 名	□□ △△△	
	住 所	〒 999 - 9999 和歌山県○○○市○○○	
	加害者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 雇用主 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 (     )	
証 明 書 番 号	XXXXXXXXXX		
保 険 期 間	令和 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 令和 XX 年 XX 月 XX 日		

※ 共済組合から医療費を請求する保険会社の重要な情報となります。  
必要事項を適宜記入をお願いします。