

※ この用紙は、加害者側の損害保険が直接対応のある場合のみご記入ください。

記入例

第三者行為に関する損害保険確認票

被 保 険 者	東京 ○子	後期高齢者医療の被保険者について、記入してください。
加 害 者	○○ 太郎	
事 故 発 生 日 時	令和 元 年 5 月 1 日 (水) 午前・午後 9 時 5 分ころ 発生	
事 故 発 生 場 所	□□市○○町2-4-6	

加害者側は下記損害保険に加入しており、このたびの事故については被保険者に対しての補償を担当しています。

記

損 害 保 険 会 社	△□損害保険株式会社
部 署 ・ 担 当 者	○○サービスセンター 担当者 ○○
住 所	〒123-4567 ○○区○○町3-6-9 △□損害保険ビル ○階
電 話 番 号	03-□□○○-○○△△
保 険 者 からの 求 償 対 応 の 可 否	可 . 否

記入者 ○○ 太郎