

第三者加入の自動車保険契約状況

負傷者	氏名	住所 〒 電話
第三者 (相手方)	氏名	住所 〒 電話

自 賠 責 保 険 関 係

第三者の自賠責 保険加入の有無	有・ 無	契約保険会社名		
		保険証明書番号		
第三者の車両	車 種		登 録 番 号	車 台 番 号
自 賠 責 保 険 契 約 者	住 所 〒		自 賠責保険 契 約 期 間	自
	氏 名			至
			年 月 日	年 月 日
自動車の所有者 (使用者)	住 所 〒		契約者と所有者 又は使用者との 関係	
	氏 名			

任 意 保 険 関 係

第三者の任意 保険加入の有無	有・ 無	保険会社名 (支店名)		取扱窓口 担当者名
		電話番号		

備考(既に支払いがあった場合金額等を記載してください。)