

※ 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。

### 第三者行為に関する損害保険確認票

被 保 険 者	
加 害 者	
事 故 発 生 日 時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ころ 発生
事 故 発 生 場 所	

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	
部 署 ・ 担 当 者	担当者 _____
住 所	〒 _____
電 話 番 号	
保 険 者 か ら の 求 償 対 応 の 可 否	可 ・ 否

記入者 \_\_\_\_\_