

第三者（加害者）の自賠償保険に関する事項

保険証明書番号	DF-057648-1		
契約者	氏名	倉木 貴志	
	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地	
保険期間	平成 〇〇 年 1 月 5 日 ~ 令和 〇〇 年 1 月 4 日		
保険会社	会社名	ノビテル保険	支店名：天平支店 担当者名：榊 友昭
	所在地	(〒630-0000) 〇〇市〇〇町〇〇番地	TEL 0742-00-00
自動車保有者	車種	自家用小型自動車	
	車両番号	奈良55に1234	車台番号：HB13-654852
	保有者名	倉木 貴志	保険契約者との関係：父
	保有者住所	(〒630-8276) 〇〇市〇〇町〇〇番地	
第三者と保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族(父) ・ その他()		

第三者（加害者）の任意保険に関する事項

加入の有無	有		
保険会社	会社名	キンキ保険	支店名：若草支店 担当者名：立花 龍太郎
	所在地	(〒631-2356) 〇〇市〇〇町〇〇番地	TEL 0742-00-00
契約番号	HRP07642-009		
保険期間	平成 〇〇年 4 月 7 日 ~ 令和 〇〇年 4 月 6 日		
契約者氏名	倉木 貴志		
対人契約限度額	無制限 ・ 制限有(円)		

示談交渉に関する事項

相手方	1	第三者本人	
	2	第三者の親権者・事業主	()
	3	第三者の自賠償保険（共済）単独	
	4	第三者の任意保険	
	5	その他	()
	6	交渉不能	〔)
	(不能である理由)		

損害賠償額（保険金）の受領額について

現在までに基金以外の者から金品を…… 受領した ・ 受領予定 ・ **受領していない**

受領（予定）年月日	金額又は物品	支払者	名目

基金の補償額の算定上重要なため、正確に記載して下さい。故意に虚偽の申告をした場合には、補償費の返還を命ずることがありますので注意して下さい。なお、この表に書ききれない場合は、別途記載願います。（様式は任意）

請求者の人身傷害補償保険に関する事項

加入の有無	有		
保険会社	会社名： ナント損害保険 支店名： 金剛支店 担当者名： 大路 均 所在地：(〒 643-9853) 〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL 0742-00-00		
契約内容	契約番号： YRT-086-JHH08 契約者氏名： 五木 豊 保険期間： 平成〇〇年 5月 21日 ~ 令和〇〇年 5月 20日		
請求の有無	無 (有の場合は下記にその内容を記載)		

受領（予定）年月日	金額又は物品	支払者	名目

過失割合についての主張内容

請求者 (**20**) % 第三者 (**80**) %
その理由 **別冊判例タイムズ（全訂四版）第69図を基本とし、相手方が徐行していなかったため。**

※物損の過失割合 請求者 (20) % 第三者 (80) % (令和〇〇年 12月 27日 示談締結 **済** ・ 予定)

◎医療費の支払い 共済使用 ・ **第三者が支払い** ・ 自賠責へ請求 ・ 保留中

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇〇年 1月 15日

所属長 **〇〇市市民福祉部市民課長 金原次郎**

※すべての欄に記入の上、所属長の証明をうけること。
医療費の支払い欄は、担当者が必ず医療機関へ確認すること。