様式第１号

発第　　号
年　　月　　日

（調査事務所・保険会社又は協同組合の名称）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 殿

都道府県名・市町村長氏名又は
組合の所在地・名称・管理者名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自動車損害賠償責任 保険/共済 の 保険金/共済金 ・損害賠償額について（照会）

被害者	氏名		住所	
加害者	氏名		住所	
事故年月日		年　月　日	請求者	加害者・被害者
扱保険会社名 又は協同組合名			調査事務所・協同組合等の受付番号 又は証明書番号	No.
保険金・共済金・損害賠償額の受領年月日		年　月　日	保険金・共済金・損害賠償額の決定額	￥

上記被害者の第三者行為災害に関し、＿＿＿＿＿＿＿＿ 消防団員等公務災害補償条例に基づく損害補償費との調整のため必要があるので、お手数とは存じますが、保険金・共済金・損害賠償額の内訳及び算出経緯等につき別紙によりご回答賜りたくご照会します。

（市町村組合 ↓ 調査事務所 協同組合 保険会社）