

自動車損害賠償責任保険

- 1 保険金 (加害者請求)
- 2 損害賠償額 (被害者請求)
- 3 第()回内払金
- 4 仮渡金

支払請求書 兼 支払指図書

御中

平成 年 月 日

貴社に対し、下記事故に係る(保険金、損害賠償額)を関係書類を添付のうえ請求します。
 つきましては、下記支払指図のとおりお支払いください。なお、預金口座振込をもって受領したものとします。
 また、本件事故に関して、貴社が自賠責保険の支払をするために必要な範囲で、請求者(代理請求の場合は本人を含みます)の各種情報(被害者については、治療の内容・症状の程度を確認するための診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するための戸籍関連情報を含みます)を取得・利用することに同意します。

ご請求者	フリガナ	〒 -		
	現住所			
	フリガナ			
	氏名			
	屋間のご連絡先(勤務先等)被害者との関係	電話 ()		
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄) <input type="checkbox"/> 受任者 <input type="checkbox"/> 加害者側 <input type="checkbox"/> その他()		
		必ず印鑑証明書を添付してください。		

保険会社受付印

自賠責保険証明書番号	第	号	事故年月日	平成 年 月 日		
保険契約者	フリガナ		加害運転者	フリガナ		
	氏名			氏名		
保有者所有者・使用者	連絡先	電話 ()	被害者	連絡先	電話 ()	年齢 才 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	フリガナ			保有者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 親族(続柄) <input type="checkbox"/> その他()	
	住所			フリガナ		
	フリガナ			氏名		
	連絡先	電話 ()		連絡先	電話 ()	
	契約者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> その他()		職業		年齢 才 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
請求額	¥					

支払指図(お支払先)

お受取人 (ご請求者に同じ場合は記入不要です)	預金口座(郵便局の場合は通帳番号・通帳記号をご記入下さい。)	摘要
フリガナ	〒 -	①:全額 ②:治療費以外
住所		
氏名	郵便局通帳記号 9900 1 0 通帳番号	いずれかを○印で囲んでください。
	口座名義 [カタカナ] で記入	
ご注意	郵便貯金への口座振込は、郵便通常貯金口座の新総合口座(ばるる口座)	
フリガナ	〒 -	③:治療費
住所		
氏名	郵便局通帳記号 9900 1 0 通帳番号	治療費を病院へ直接お振込する場合○印で囲んでください。
	口座名義 [カタカナ] で記入	
フリガナ	〒 -	③:治療費
住所		
氏名	郵便局通帳記号 9900 1 0 通帳番号	治療費を病院へ直接お振込する場合○印で囲んでください。
	口座名義 [カタカナ] で記入	

