

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

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 ()	印鑑証明書の印			
	本人	親族(続柄)	受任者	加害者側	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	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	連絡先	電話 ()	被害者	連絡先	電話 ()	年齢	性別 (男/女)
	フリガナ			保有者との関係	本人	従業員	親族(続柄)
所有者・使用者	住所		被害者	フリガナ			
	フリガナ			氏名			
	氏名		連絡先	電話 ()			
	連絡先	電話 ()	職業	年齢	性別	男/女	
	契約者との関係	本人	譲受人	その他()			
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	〒 -	銀行	信組	普通	銀行	①:全額
住所		信託	信託	総合	番号	
氏名	電話 ()	店	店	店	店	②:治療費以外
		所	所	所	所	
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(ぱるる口座)					③:治療費
フリガナ	〒 -	郵便局	通帳	1	0	
住所		9900	記号	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。
氏名	電話 ()	口座名義	カタカナ	で記入		
フリガナ	〒 -	銀行	信組	普通	銀行	③:治療費
住所		信託	信託	総合	番号	
氏名	電話 ()	店	店	店	店	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。
		所	所	所	所	
フリガナ	〒 -	郵便局	通帳	1	0	
住所		9900	記号	通帳	番号	
氏名	電話 ()	口座名義	カタカナ	で記入		