

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 ()	印
		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	フリガナ	氏名				
	連絡先			電話 ()			
保有者所有者・使用者	フリガナ	連絡先	電話 ()	年齢	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	住所			保有者との関係	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 従業員 <input type="radio"/> 親族(続柄) <input type="radio"/> その他()		
	フリガナ			フリガナ			
	氏名	氏名					
	連絡先	連絡先	電話 ()				
	契約者との関係	契約者との関係	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 譲受人 <input type="radio"/> その他()				
請求額	¥		職業	年齢	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	

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	〒 -	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 総合 <input type="radio"/> 番号				① 全額
住所		店 所 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 口座 <input type="radio"/> 貯蓄 <input type="radio"/> 番号				
氏名	電話 ()	郵便局 通帳 9900 記号	1	0	通帳 番号	② 治療費以外 いずれかを○印で囲んでください。
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	〒 -	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 総合 <input type="radio"/> 番号				③ 治療費
住所		店 所 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 口座 <input type="radio"/> 貯蓄 <input type="radio"/> 番号				
氏名	電話 ()	郵便局 通帳 9900 記号	1	0	通帳 番号	③ 治療費 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。
フリガナ	〒 -	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 総合 <input type="radio"/> 番号				
住所		店 所 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 口座 <input type="radio"/> 貯蓄 <input type="radio"/> 番号				
氏名	電話 ()	郵便局 通帳 9900 記号	1	0	通帳 番号	③ 治療費 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。