

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 〒 -	印鑑証明書の印 必ず印鑑証明書を添付してください。
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	昼間のご連絡先(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()		

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 保 有 者 所 有 者 ・ 使 用 者	フリガナ		フリガナ					
	氏名		加害 運 転 者 氏名					
	連絡先	電話 ()	連絡先	電話 ()	年齢	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	フリガナ	〒 -	住所	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()			
	フリガナ		氏名	被害者	フリガナ			
連絡先	電話 ()	氏名	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	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 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 〒 -	銀行(信組) 普通 銀行 信金(農協) 総合 番号 店番	①全額
住所	店 当座 口座 所 貯蓄 番号	②治療費以外
氏名	郵便局 通帳 1 0 通帳 9900 記号 番号 口座名義 カタカナ で記入	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 〒 191 - 0024	銀行(信組) 普通 銀行 信金(農協) 総合 番号 店番	③治療費
住所 東京都日野市万願寺4-2-2	店 当座 口座 所 貯蓄 番号 1 2 3 4 5 6 7	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 山田 太郎	郵便局 通帳 1 0 通帳 9900 記号 番号 口座名義 ヤマタ タロウ カタカナ で記入	
フリガナ 〒 -	銀行(信組) 普通 銀行 信金(農協) 総合 番号 店番	③治療費
住所	店 当座 口座 所 貯蓄 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	郵便局 通帳 1 0 通帳 9900 記号 番号 口座名義 カタカナ で記入	
電話 ()		