

# 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		
	昼間のご連絡先(勤務先等)	電話 ( )	
被害者との関係	<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( )		

印鑑証明書の印



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			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 ( )		連絡先	電話 ( )	年齢	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( )		
被害者	フリガナ			被害者	フリガナ		
	氏名				氏名		
請求額	¥		連絡先	電話 ( )		職業	年齢 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	〒 -	銀行 信託 普通 銀行	信託 無償 総合	店番		① 全額 ② 治療費以外
住所		店 所	当座 口座 番号			
氏名	電話 ( )	郵便局 通帳 9900 記号	1 0	通帳 番号		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(ぱるる口座)					
フリガナ	〒 -	銀行 信託 普通 銀行	信託 無償 総合	店番		③ 治療費
住所		店 所	当座 口座 番号			
氏名	電話 ( )	郵便局 通帳 9900 記号	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。
フリガナ	〒 -	銀行 信託 普通 銀行	信託 無償 総合	店番		
住所		店 所	当座 口座 番号			
氏名	電話 ( )	郵便局 通帳 9900 記号	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。