

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 () | | |
| | | 印鑑証明書の印 | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 必ず印鑑証明書を添付してください。 </div> |
| | | <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> | | |
| | | 本人 親族(続柄) 受任者 加害者側 其他() | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 | フリガナ | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | 氏名 | | |
| 保有者所有者・使用者 | 連絡先 | 連絡先 | 電話 () | 年齢 | 性別 (男/女) |
| | 住所 | 保有者との関係 | 本人 従業員 親族(続柄) その他() | | |
| フリガナ | フリガナ | 被害者 | | | |
| | 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 | 本人 譲受人 その他() | | | |
| 請求額 | ¥ | | 職業 | 年齢 | 性別 (男/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 | 〒 - | ① 全額 ② 治療費以外 いずれかを○印で囲んでください。 |
| 住所 | 銀行 信組 普通 銀行 番号 店番 信金 農協 総合 当座 口座 貯蓄 番号 | |
| 氏名 | 郵便局 通帳 1 0 通帳 番号 9900 記号 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 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。 |
| 住所 | 銀行 信組 普通 銀行 番号 店番 信金 農協 総合 当座 口座 貯蓄 番号 | |
| 氏名 | 郵便局 通帳 1 0 通帳 番号 9900 記号 口座名義 カタカナ で記入 | |
| フリガナ | 〒 - | 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。 |
| 住所 | 銀行 信組 普通 銀行 番号 店番 信金 農協 総合 当座 口座 貯蓄 番号 | |
| 氏名 | 郵便局 通帳 1 0 通帳 番号 9900 記号 口座名義 カタカナ で記入 | |