

自動車損害賠償責任保険

支払請求書兼指図書

提出先自賠責会社(交通事故証明書参照)

- ① 保険金(加害者請求)
- ② 損害賠償額(被害者請求)
- ③ 第 回内払い金
- ④ 仮 渡 金

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)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、被害者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・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に必要となる戸籍関連情報を含む各種の情報を取得・利用することに同意します。

請求者	フリガナ		印鑑証明書の印  <b>実印</b>	保険会社受領印
	現住所	〒		
	フリガナ			
	氏名			
	屋間の連絡先 被害者との関係	電話		
	(本人) 親族(続柄) 受任者 加害者側 その他( )			

自賠責保険 証明書番号	第 加害者側自賠責の証明書番号 号	事故年月日	
保険契約者	フリガナ	フリガナ	加害運転 連絡先 電話
	氏名	氏名	
	連絡先	連絡先	
保有者	フリガナ	住所	被害者 保有者との関係 フリガナ 氏名 連絡先 職業 生年月日
	フリガナ	フリガナ	
	氏名	氏名	
	連絡先 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)

交通事故証明書参照

受取人		預金口座			摘要
フリガナ		銀行	銀行番号	店番号	①全額 ②治療費以外
住所		支店	口座番号		
氏名	電話	口座名義			
フリガナ	〒	銀行	銀行番号	店番号	③治療費
住所		支店	口座番号		
氏名	電話	口座名義			
フリガナ	〒	銀行	銀行番号	店番号	③治療費
住所		支店	口座番号		
氏名	電話	口座名義			