

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. 仮 渡 金

(該当番号を○で囲んでください)

支払請求書兼支払指図書



TOKIOMARINE
NICHIDO

東京海上日動火災保険株式会社 御中

平成 年 月 日

貴社に対し、下記事故に係わる(保険金・損害賠償額)を関係書類を添付の上、請求します。つきましては、下記に指定する金融機関口座へお支払いください。なお、銀行口座等振込み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。

※ご請求の際には、弊社パンフレット「請求のご案内」の内容をご確認ください。

受付No

請 求 者	フリガナ	〒		印 (印鑑証明の印) 必ず印鑑証明書 添付してください。
	現住所			
	フリガナ			
	氏名			
	連絡先 (勤務先等)	Tel ()	携帯 ()	
被害者との 関係	本人・親族(続柄)・受任者・加害者側・その他()			

保険会社受付印

事故日	平成 年 月 日
-----	----------

(「連絡先」には、昼間連絡のとれる電話番号をご記入ください。)

自賠責保険 証明書番号	号	住所	〒
保 険 契 約 者	住所	フリガナ	
	フリガナ	氏名	
	連絡先	Tel ()	連絡先 契約者との 関係
加 害 運 転 者	フリガナ	住所	〒
	氏名	フリガナ	
	連絡先	Tel ()	性別
保有者との 関係	本人・従業員・親族(続柄)・その他()		
請 求 額		年 令	才 性別 男・女
		職 業	会社員・自営業・パート/アルバイト・家事従事者* 無職・その他 ()

*「家事従事者」と他の職業を兼業されている方は、他の職業と「家事従事者」の両方に○印をつけてください。

(注)「職業」欄は必ずご記入ください。自賠責保険では、家事従事者(いわゆる主婦/主夫)の方が被害者となった場合や、会社員で有給休暇を使用した場合にも休業損害を請求することができます。詳しくは、「請求のご案内」をご覧ください。

被害者請求のお客線で、治療費を病院へ優先して直接お振込する場合 {上段-お客様} の銀行口座をご記入ください。
加害者請求の場合は病院への直接振込はできません。

	受取人	口座 (必ずご記入ください)	摘要
支 払 先	〒	銀行:農協 信金:信組	1. 全 額 2. 治療費 以外 (いずれかを○で 囲んでください)
	住所	ゆうちょ銀行 ※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が 付されていることを予めご確認ください。	
	氏名	通帳 記号 1 0 - 通帳 番号	
	Tel ()	口座名義 (カタカナ) (必ずご記入ください)	
	〒	銀行:農協 信金:信組	1. 治療費 のみ (治療費のみ病院 へ直接振込する 場合○で囲んで ください。)
住所	ゆうちょ銀行 ※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が 付されていることを予めご確認ください。		
氏名	通帳 記号 1 0 - 通帳 番号		
	Tel ()	口座名義 (カタカナ) (必ずご記入ください)	
	〒	銀行:農協 信金:信組	1. 治療費 のみ (治療費のみ病院 へ直接振込する 場合○で囲んで ください。)
住所	ゆうちょ銀行 ※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が 付されていることを予めご確認ください。		
氏名	通帳 記号 1 0 - 通帳 番号		
	Tel ()	口座名義 (カタカナ) (必ずご記入ください)	