

ご請求に際しては、重要事項が記載されている「保険金請求のご案内」を必ずご確認ください。なお、「保険金請求のご案内」がお手元になく、確認を希望される場合には、弊社までご請求ください。

1 該当番号を○で囲んでください

- ① 保険金 (加害者請求)
- ② 損害賠償額 (被害者請求)
- ③ 仮渡金

自動車損害賠償責任保険

支払請求書 兼 支払指図書

三井住友海上火災保険株式会社 宛

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、請求書(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(※)・提供することに同意します。

※保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用の目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

2 作成日をご記入ください。

年 月 日

3 ご記入のうえ、印鑑証明書の印を押印し、印鑑証明書を添付してください。

ご請求者	現住所	〒 -	
	フリガナ		
	氏名		
	連絡先	自宅	携帯
	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

印

必ず印鑑証明書を添付してください。

保険会社受付印

4 ご記入ください。(フリガナをお願いします。)

自賠責保険 証明書番号	ハイフン(-)含めてご記入ください 第 号		事故日	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		
	連絡先	自宅 携帯		連絡先	自宅 携帯	
保有者(所有者・使用者)	住所	〒 -	被 害 者	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			年齢	才 性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	氏名			フリガナ		
	連絡先	自宅 携帯		氏名		
契約者との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他 ()		連絡先	自宅 携帯	年齢	才 性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
請求額	(仮渡金、加害者請求の際にご記入ください) ¥		職業 (注)	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦/主夫 ※ <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 () ※「主婦/主夫」と他の職業を兼業されている方は、他の職業と「主婦/主夫」の両方に○印を付けてください。		

(注)「職業」欄は必ずご記入ください。自賠責保険では、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。

5 支払指図(お支払先)・預金口座は正確に漏れないようご記入ください。

・被害者請求のお客さまで、治療費を直接病院等に支払うことを希望される場合は、右記「裏面の記入」の「あり」に○印をつけたうえで、裏面へ病院の銀行口座をご記入ください。

裏面の記入 あり なし

支払指図欄 1	銀行 (信組) 本店 (信金) (農協) 支店 支所	普通・総合 貯蓄 当座 別段
	店番	口座番号
	ゆうちょ銀行※	① 店番 預金種目 普通 当座 貯蓄 口座番号
	② 通帳記号 1 0	通帳番号 (右ヅメ) 1
□座名義	通帳に記載されている表記のとおりカタカナもしくはアルファベットで記入してください。 濁点(・)、半濁点(゜)は一字として次のマスに記入してください。	
受取人住所氏名	(請求者に同じ) (ご請求者に同じ場合は、住所欄・氏名欄は不要です。) 氏名 連絡先 () 住所 〒 -	
	概要 ① 全額 ② 治療費以外 (いずれかを○で囲んでください)	

※ゆうちょ銀行への振込を指定される場合は、口座種類をご確認の上、以下のとおりご記入ください。
 ・送金機能付総合口座…①(振込用の店番・預金種目・口座番号)、または、②(通帳記号・通帳番号)のいずれかにご記入ください。
 ・上記以外の口座…必ず①(振込用の店番・預金種目・口座番号)をご記入ください。②への振込はご利用いただけませんので、ご注意ください。

支払指図(お支払先)

・預金口座は正確に漏れないようご記入ください。

・被害者請求のお客さまで、治療費を直接病院等に支払うことを希望される場合は、以下の支払指図欄に病院等の指定口座をご記入ください。

支払指図欄 2	預金口座	銀行 (信組) 本店 (支店) (支所)		普通・総合 (貯蓄)				
		信金 (農協) 当座 (別段)						
	店番		口座番号					
	ゆうちょ銀行※	① 店番		預金種目	普通 (当座) (貯蓄)	口座番号		
	② 通帳記号	1		0	通帳番号 (右ツメ)			1
	口座名義							
	通帳に記載されている表記のとおりカタカナもしくはアルファベットで記入してください。濁点(・)、半濁点(゜)は一文字として次のマスに記入してください。							
受取人住所・氏名	氏名	連絡先 ()		摘要				
	住所 〒 -			治療費				

※ゆうちょ銀行への振込を指定される場合は、口座種類をご確認の上、以下のとおりご記入ください。

・送金機能付総合口座…①(振込用の店番・預金種目・口座番号)、または、②(通帳記号・通帳番号)のいずれかにご記入ください。

・上記以外の口座…必ず①(振込用の店番・預金種目・口座番号)をご記入ください。②への振込はご利用いただけませんので、ご注意ください。

支払指図欄 3	預金口座	銀行 (信組) 本店 (支店) (支所)		普通・総合 (貯蓄)				
		信金 (農協) 当座 (別段)						
	店番		口座番号					
	ゆうちょ銀行※	① 店番		預金種目	普通 (当座) (貯蓄)	口座番号		
	② 通帳記号	1		0	通帳番号 (右ツメ)			1
	口座名義							
	通帳に記載されている表記のとおりカタカナもしくはアルファベットで記入してください。濁点(・)、半濁点(゜)は一文字として次のマスに記入してください。							
受取人住所・氏名	氏名	連絡先 ()		摘要				
	住所 〒 -			治療費				

※ゆうちょ銀行への振込を指定される場合は、口座種類をご確認の上、以下のとおりご記入ください。

・送金機能付総合口座…①(振込用の店番・預金種目・口座番号)、または、②(通帳記号・通帳番号)のいずれかにご記入ください。

・上記以外の口座…必ず①(振込用の店番・預金種目・口座番号)をご記入ください。②への振込はご利用いただけませんので、ご注意ください。

支払指図欄 4	預金口座	銀行 (信組) 本店 (支店) (支所)		普通・総合 (貯蓄)				
		信金 (農協) 当座 (別段)						
	店番		口座番号					
	ゆうちょ銀行※	① 店番		預金種目	普通 (当座) (貯蓄)	口座番号		
	② 通帳記号	1		0	通帳番号 (右ツメ)			1
	口座名義							
	通帳に記載されている表記のとおりカタカナもしくはアルファベットで記入してください。濁点(・)、半濁点(゜)は一文字として次のマスに記入してください。							
受取人住所・氏名	氏名	連絡先 ()		摘要				
	住所 〒 -			治療費				

※ゆうちょ銀行への振込を指定される場合は、口座種類をご確認の上、以下のとおりご記入ください。

・送金機能付総合口座…①(振込用の店番・預金種目・口座番号)、または、②(通帳記号・通帳番号)のいずれかにご記入ください。

・上記以外の口座…必ず①(振込用の店番・預金種目・口座番号)をご記入ください。②への振込はご利用いただけませんので、ご注意ください。