

付添看護料請求書

年 月 日

殿

住所

氏名

(印)

(被害者との関係)

年 月 日発生 of 自動車事故により受傷いたしました
被害者..... の治療に際し、「付添看護料」として
下記金額

を支払いました
の請求を受けました

ので、保険金支払につき請求いたします。

入院先・病院名	期 間	付添看護 実日数	1日当り 看護料	計	支払先・または請求者
	年 月 日 から 年 月 日 まで	日	円	円	
	年 月 日 から 年 月 日 まで				
	年 月 日 から 年 月 日 まで				
	年 月 日 から 年 月 日 まで				
	年 月 日 から 年 月 日 まで				
合 計				円	

(備考)

(注)立替払が行われている場合は、領収書を添付して下さい。