

書類の記入要領

◆ご請求者は、原則として成人の方に限ります。

*事故当事者が未成年の場合で親権者の方がご請求される場合は、親子関係を立証する書類として
住民票または戸籍抄本をご提出ください。

◇支払請求書（加害者請求の方）

◇支払請求書（被害者請求の方）

1を○で囲んでください。
（「自賠責保険請求のご案内」P.06をご参照ください）

2か3を○で囲んでください。
（「自賠責保険請求のご案内」P.07をご参照ください）

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返還金 支払請求書兼支払指図書

東京海上日動火災保険株式会社 御中 平成 20 年 8 月 12 日 TOKIOMARINE NICHIDO

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、銀行口座等指定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。

フリガナ 〒1101081050
現住所 千代田区丸の内△-△
フリガナ ホケン タロウ
氏名 保険 太郎
連絡先(勤務先等) ○×商事 営業課
Tel 03(3285)XXXX 携帯 090(1234)XXXX
被害者との関係 本人・親族(縁戚)・受任者(加害者側)・その他()

事故日 平成 20 年 4 月 1 日

自賠責保険 証明書番号 △△-3456789 号 住所 〒 契約者に同じ
住所 〒100-8050 千代田区丸の内△-△
フリガナ ホケン タロウ
氏名 保険 太郎
連絡先 Tel 03(3285)XXXX
フリガナ ホケン タロウ
氏名 保険 太郎
連絡先 Tel 03(3285)XXXX 性別 女
保有者の関係 (本人)従業員・親族(縁戚)・その他()

請求額

(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。

被害者請求のお客様で、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
住所 丸の内 氏名 () 住所 千代田区丸の内△-△ 氏名 () 住所 () 氏名 ()	〒 001-7654 口座名義(カタカナ) ホケン タロウ 〒 001-7654 口座名義(カタカナ) ホケン タロウ 〒 001-7654 口座名義(カタカナ) ホケン タロウ	1. 全額 2. 差引 3. 振替 4. 現金 5. 振込 6. 振替 7. 現金 8. 振込

交通事故証明書等から、加害車両の自賠責保険の証明書番号をご記入ください。

支払請求日をご記入ください。

・請求者ご本人の印鑑証明書の印を捺印ください。
・必ず印鑑証明書1通を添付ください。

連絡先は、必ず昼間ご連絡のとれる電話番号を記入ください。

加害者請求の方は必ずご記入ください。

誤りがありますとお支払いに支障をきたします。預金通帳等でご確認のうえ正確にご記入ください。

加害者請求の場合は病院への直接支払いはできませんのでご注意ください。

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返還金 支払請求書兼支払指図書

東京海上日動火災保険株式会社 御中 平成 20 年 8 月 12 日 TOKIOMARINE NICHIDO

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、銀行口座等指定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。

フリガナ 〒12161181650
現住所 千葉市美浜区中瀬△-△
フリガナ アン シン ハナコ
氏名 安心 花子
連絡先(勤務先等) 〇〇〇〇 〇〇〇〇
Tel 043(299)XXXX 携帯 090(4321)XXXX
被害者との関係 (本人)親族(縁戚)・受任者(加害者側)・その他()

事故日 平成 20 年 4 月 1 日

自賠責保険 証明書番号 △△-3456789 号 住所 〒 契約者に同じ
住所 〒100-8050 千代田区丸の内△-△
フリガナ ホケン タロウ
氏名 保険 太郎
連絡先 Tel 03(3285)XXXX
フリガナ ホケン タロウ
氏名 保険 太郎
連絡先 Tel 03(3285)XXXX 性別 女
保有者の関係 (本人)従業員・親族(縁戚)・その他()

請求額

(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。

被害者請求のお客様で、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
住所 千葉 氏名 () 住所 千葉市美浜区中瀬△-△ 氏名 () 住所 () 氏名 ()	〒 001-1231 口座名義(カタカナ) アンシン ハナコ 〒 001-1231 口座名義(カタカナ) アンシン ハナコ 〒 001-1231 口座名義(カタカナ) アンシン ハナコ	1. 全額 2. 差引 3. 振替 4. 現金 5. 振込 6. 振替 7. 現金 8. 振込

支払請求日をご記入ください。

・請求者ご本人の印鑑証明書の印を捺印ください。
・必ず印鑑証明書1通を添付ください。

連絡先は、必ず昼間ご連絡のとれる電話番号を記入ください。

被害者請求のお客様は保険契約者・保有者欄はお分かりになる範囲でご記入ください。

職業欄は必ずご記入ください。

誤りがありますとお支払いに支障をきたします。預金通帳等でご確認のうえ正確にご記入ください。

被害者請求で、弊社から直接病院への支払いを希望される場合にご記入ください。