

整理番号 -

(該当する番号を○印で囲んで下さい。)

平成 年 月 日

富士火災海上保険株式会社 御中

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いください。なお、銀行口座等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、請求関係書類として提出された、請求者（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・利用することに同意します。

請求者	フリガナ	〒			印鑑証明印 印	と被害者 の 関係者 ・本人 ・親族（続柄） ・受任者 ・加害者側 ・その他（）	保険会社受付印
	現住所						
	フリガナ 氏名						
連絡先 (勤務先等)	(電話) (携帯電話)						

(注)「連絡先」は、昼間連絡のとれる電話番号(携帯電話の電話がわかる場合はその番号)をご記入ください。

自賠責保険 証明書番号	第	-	-	号	事故年月日	年	月	日	
保険契約者	フリガナ				保有者(所有者・使用者)	フリガナ	〒		
	氏名					住所			
加害運転者	フリガナ				被害者	フリガナ			
	氏名					氏名			
	連絡先	電話	()			連絡先	電話	()	
請求額	フリガナ				職業	契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他()		
	氏名					フリガナ			
	連絡先	電話	()			氏名			
				才	性別	男・女			
保有者との関係				本人・従業員・親族()・()			続柄 其他		
				才	性別	男・女			
				社員・自営業・パート/アルバイト・主婦/主夫* 無職・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○印をつけてください。					

※「職業」についても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、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お支払いすることをご希望される場合は、支払指図欄の上段にお客様、下段に病院の銀行口座をご記入ください。

支払指図欄	お受取人（請求者に同じ場合は記載不要です）				預金口座（郵便局の場合は通帳番号・通帳記号をご記入下さい。）				摘要
	フリガナ	〒			銀行	普通	銀行	店	いずれかを○で囲んで下さい。 1. 全額 2. 治療費以外 3. その他
住所				信託	当座	番号	番号		
フリガナ				ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0	通帳番号	1
氏名	電話 ()			口座名義 (カタカナ) で記入					
(ご注意) 郵便貯金への口座振込は、総合通帳の郵便通常貯金口座の場合に限りご利用頂けます。									
フリガナ	〒			銀行	普通	銀行	店	1. 治療費 2. その他	
住所				信託	当座	番号	番号		
フリガナ				ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0	通帳番号	1
氏名	電話 ()			口座名義 (カタカナ) で記入					
フリガナ	〒			銀行	普通	銀行	店	1. 治療費 2. その他	
住所				信託	当座	番号	番号		
フリガナ				ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0	通帳番号	1
氏名	電話 ()			口座名義 (カタカナ) で記入					

* 請求に際しては、重要事項が記載されている「請求のご案内」を必ずご確認ください。お手元がない場合、弊社までご請求ください。