

国土交通大臣 殿

保険会社等受付印

自動車損害賠償保障事業への損害のてん補請求書

保険会社等

受付店

整理番号

下線の項目は交通事故証明書の内容を転記してください。

被害者	フリガナ		フリガナ				性別・年齢
	氏名		住所	〒 ー			<input type="checkbox"/> 男 才 <input type="checkbox"/> 女
	職業・勤務先		勤務先電話番号		自宅電話番号		
加害者	フリガナ		フリガナ				性別・年齢
	氏名		住所	〒 ー			<input type="checkbox"/> 男 才 <input type="checkbox"/> 女
	職業・勤務先		勤務先電話番号		自宅電話番号		
加害者	自動車の車種・番号		保有者との関係				
	フリガナ		フリガナ				性別・年齢
加害者	氏名		住所	〒 ー			<input type="checkbox"/> 男 才 <input type="checkbox"/> 女
	職業・勤務先		勤務先電話番号		自宅電話番号		
請求の理由	<input type="checkbox"/> ひき逃げ <input type="checkbox"/> 無保険		事故発生	日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分
				場所			
請求内容	社会保険の種類・記号・番号		<input type="checkbox"/> 健保 (<input type="checkbox"/> 政府・ <input type="checkbox"/> 組合) <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 国民健保 <input type="checkbox"/> その他 ()		被保険者証の記号・番号 ()		
					被保険者との続柄 (<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族)		
					請求種別	<input type="checkbox"/> 傷 害 <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 死 亡	

上記のとおり相違ありません。ついては、上記請求内容につきお支払い願いたく関係書類を添えて請求いたします。

また、本件事故に関して、国土交通大臣が損害のてん補をするために必要な範囲で、請求者(代理請求の場合は被害者等請求権者本人を含みます。)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 〒 - 年 月 日

フリガナ

現住所

平日の日中に連絡可能な電話番号 ()

フリガナ

氏名

被害者との関係 本人 法定代理人(親権者等) 相続人 受任者

印 (印鑑登録証明書の印を押印願います。)

機構受付印