

人身傷害補償保険（共済）へのご請求に関する確認書

人身傷害補償保険（共済）（以下「人傷保険」といいます。）に関し、以下の内容をご確認いただき、必要事項へのご記入・ご記名のうえ、政府保障事業（以下「保障事業」といいます。）への損害填補請求書と併せてご提出ください。

1. 人傷保険への請求状況をご教示ください。

（本確認書作成日時点の状況について、一致するものをチェックしてください。）。

- ① 人傷保険金受領済（一部受領含む）又は請求手続き中
 ② 保障事業からの損害填補を受けた後に請求する予定
 ③ 人傷保険は請求しない
 ④ 人傷保険を契約していない
 ⑤ 人傷保険を契約しているか不明

2. 上記1. にて①を選択した場合、保険金を受領又は請求した保険会社及び組合（以下「保険会社等」といいます。）の社名、事故の発生日月日をご記入ください。複数のご契約がある場合は、すべてご記入ください。

保険会社等の社名	証券番号	事故の発生日月日
		年 月 日

3. 上記2. にご記入いただいた事項は次のとおり利用します。

- ① 国土交通省（委託先*を含む。以下同じ。）は、上記2. 記載の保険会社等から損害填補請求書記載の事故に係る情報及び人傷保険への請求・支払いに係る情報の提供を受け、保障事業における損害の填補額の決定（不支給決定、取下げを含む）のために利用します。
- ② 上記2. 記載の保険会社等は、国土交通省から損害填補請求書記載の事故に係る情報及び保障事業への請求・損害填補（不支給決定、取下げを含む）に係る情報の提供を受け、人傷保険の保険金支払いの決定のために利用します。

*保障事業は、国土交通省が損害填補額の支払の請求の受理、損害額に関する調査、損害填補額の支払その他損害填補の決定以外の業務を保険会社等に委託し、保険会社等は損害保険料率算出機構に損害額に関する調査業務を再委託しています。

4. 万一、保障事業と人傷保険の重複支払があった場合、重複する部分を保障事業又は人傷保険による保険金を支払った保険会社等へ返納することに同意します。

上記につき、記載事項を含め内容を確認するとともに、3及び4の取扱いについて同意します。

年 月 日

フリガナ

被害者氏名 _____

フリガナ

請求者氏名 _____

（複数の親権者によりご請求される場合は連名で記載願います。）

被害者との関係について、該当するものをチェックしてください。

（ 本人 法定代理人（親権者等） 相続人 受任者 ）