

1 2 3 - * * * *

東京都新宿区西新宿*丁目*番地*号

機構 太郎 様

損害保険料率算出機構
**自賠責損害調査事務所

交通事故に関するお問合せ

下記の交通事故について、自賠責保険に対して治療費等のご請求がございました。

お支払いに関する調査の一環として、裏面の質問1～3について 年 月 日 までに
ご回答くださいますようお願い申し上げます。なお、ご回答は任意となります。事故の相手方様へのお支払いや、事故状況等に関するご意見がない場合は、このお問合せ文書は捨てていただいて差し支えありません。

お問合せの目的

このお問合せは、事故の相手方様に対して、あなた様と自賠責保険から二重にお支払いすることの防止や、
事故状況についてのご意見をお伺いする目的でお送りするものです。**あなた様から事故の相手方様へ治療費などのお支払い・立替えをされている場合、自賠責保険よりあなた様へ
保険金をお支払いできる可能性があります。**

【このお問合せの対象となる交通事故・自賠責保険の内容】

事故発生日時			
事故の相手方様			
自賠責保険への請求者			
事故時の車両登録番号等 (ナンバープレート)	車台番号		
自賠責保険会社	自賠責保険証明書番号		
自賠責保険の契約者	事故時の運転者		

ご回答は、インターネットまたは郵送でお願いいたします

- ◎ 郵送回答の場合はこの用紙にご記入いただき、同封の返信用封筒にて回答期限までに
到着するようご返送ください。
- ◎ スマートフォン・タブレット・パソコンでのご回答の際は下記アドレス、
もしくは右のQRコードよりアクセスの上、ログインID・パスワードをご入力ください。

QR
コード【ご回答ウェブサイト】 [https:// XXXXXXXXXXXXXXXX .jp/](https://XXXXXXXXXXXXXXXXX.jp/)

ログインID		パスワード	
--------	----------------------	-------	----------------------

- ◎ インターネット・郵送でのご回答が難しい場合は、お電話での受付も可能です。

管理
QR

電話： XXX-XXXX-XXXX (平日の9時～18時、土日・祝日・年末年始を除く)