賠償責任保険金請求書

受付年月日印	支払年月日印

ニューインディア保険会社 御中

（個人情報の利用目的）
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間の確認を含みます）、保険金のお支払いを行うために利用させていただきます。

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求しますので、下記に指定する金融機関口座へお支払いください。

請求日　20　　年　　月　　日

添付書類（○を付してください）

1 保険証券	6 治療費の明細書
2 事故証明書	7 修理見積書又は請求書
3 示談書	8 写真
4 示談金領収書	9 その他〔　　〕
5 医師の診断書	

保険金請求者（被保険者）（住所・氏名には必ずフリガナをおふりください。）	〒□□□－□□□□		
	フリガナ		
	住所		
	フリガナ		㊞
	氏名		
	TEL	〔　　〕	
保険契約者（申込人）	フリガナ		
	氏名		

（事故の当事者が未成年の場合は、親権者が保険金請求者となります。）

保険契約	証券番号		ご請求額（損害額－免責金額）		円
	保険期間	20　年　月　日より	20　年　月　日まで		間
事故の内容	事故日時	20　年　月　日　（午前）・（午後）　時　分頃			
	事故場所		届出官公署名		
	被保険者側	氏名	被保険者との関係		
	相手側	氏名　（男）・（女）　才	相手側数合計		名
	状況、原因並びに示談の経緯		見取図		
示談金額	（人身損害）〔人身傷害のみ被害者が2名以上の時、各々分けて記入してください。書ききれない場合には適宜明細書をつけてください。〕				
	氏名	金額　円			
	氏名	金額　円			
	人身損害計	名　円			
	（物損害）	円			
	人身損害・物損害合計	円			
他の保険契約同一危険を担保する	（有）・（無）（有の場合ご記入ください）→	保険会社名			
		保険の種目			
		証券番号			
		保険金額			円

扱店	支店	保険金振込口座	（銀行）（信組）（信金）（農協）　（支店）（支所）　店番号
扱代理店	代理店		（普通・総合）（当座）（貯蓄）（別段）　口座番号
	コード番号（　　）		（郵便局）　通帳記号 1　0　通帳番号　1
			口座名義（カタカナ）

保険会社使用欄

担当者		課所長		支店長	