

(事故相手方)の 自動車損害賠償保険契約等の内容について

保険の種類		自 賠 責 保 険	任 意 保 険
契約内容			
自動車保険証明番号			
保 険 会 社 名			
保険契約者	住 所		
	氏 名		
自 動 車	種 別		
	登録(車両)番号		
	車 体 番 号		
保 険 契 約 期 間		自 H・R 年 月 日 至 R 年 月 日 () 年間	自 H・R 年 月 日 至 R 年 月 日 () 年間
車両の 保有者	住 所		
	氏 名		
	事故相手との関係	本人 ・ 従業員 ・ 家族 ・ その他()	本人 ・ 従業員 ・ 家族 ・ その他()
損害賠償金支払請求先 店名	所 在 地	〒	〒
	名 称		
	担当課名		
	担当者名		
	電 話		

個人情報の取扱いに関するご案内

交通事故等で第三者の行為によって医療機関にかかり、健康保険被保険者証を用いた治療が行われた場合は、損害保険会社に診療報酬明細書(レセプト)の写しを医療費証明として提出いたします。