

記入見本 ※ 加害者様をご記入ください。損害賠償金を保険会社が支払う場合は保険会社様の記入でも構いません。

加害者の保険について

| | | |
|-----------------------|--------------------|--------------------------------|
| 自 賠 責 保 険 | 契 約 者 住 所 名 氏 名 | 東京都小平市花小金井1丁目8番1号 健康 守 |
| | 保 險 会 社 名 | △△火災交通保険 |
| | 契 約 番 号 | △△〇〇〇××× |
| | 支 店 名 | △△支店 |
| | 担 当 者 名 | □□ |
| | 所 在 地 | 〒〇〇〇-×××× 東京都小平市〇〇町××丁目△△番地 |
| | 電 話 番 号 | 〇〇〇-×××-△△△△ |

| | | |
|----------------------------|--------------------|--|
| 任 意 保 険 対 人 | 有 無 に つ い て | <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 (有の場合は下の欄も記入してください) |
| | 契 約 者 住 所 名 氏 名 | 東京都小平市花小金井1丁目8番1号 健康 守 |
| | 保 險 会 社 名 | △△火災交通保険 |
| | 契 約 番 号 | △△〇〇〇××× |
| | 支 店 名 | △△支店 |
| | 担 当 者 名 | □□ |
| | 所 在 地 | 〒〇〇〇-×××× 東京都小平市〇〇町××丁目△△番地 |
| | 電 話 番 号 | 〇〇〇-×××-△△△△ |