

年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会

理事長 殿

任 意 保 険 調 査 書

_____殿の治療費の求償は、下記の保険会社をお願いします。

記

賠償責任者（加害者）氏名		(保険契約者との続柄 本人・親族・雇用主・その他)
任 意 保 険 （ 対 人 ）	保 險 会 社 （ 共 済 ）	名称 電話番号 () - (担当者名 :)
	証 券 番 号	第号
	保 險 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日
	保 險 契 約 者	住所 氏名
	車 両 番 号	
	車 台 番 号	
事 故 発 生 日	年 月 日	
摘 要		