

〇〇 年 〇〇月 〇〇日

山梨県国民健康保険団体連合会
理事長 〇 〇 〇 〇 殿

任 意 保 険 調 査 書

〇〇 〇〇〇 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		〇〇 〇〇〇 (保険契約者との続柄 <u>本人</u> ・親族・雇用主・その他)
任意 保 険 （ 対 人 ）	保 險 会 社 （ 共 済 ）	名称 〇〇〇〇〇海上火災保険 電話番号〇〇〇 (〇〇〇) -〇〇〇〇 (担当者名 : 〇〇 〇〇〇)
	証 券 番 号	第〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 号
	保 險 期 間	自 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 至 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	保 險 契 約 者	住所 〇〇県〇〇〇市〇〇町 〇-〇〇-〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇〇
	車 両 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	車 台 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
事 故 発 生 日		〇〇年 〇〇 月 〇〇 日
摘 要		