様式C－第8号

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、下記の保険会社にお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　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  ） | 保険会社（共済） | 名称    電話番号 （ ）－ （担当者名： ） |
| 証 券 番 号 | 第 号 |
| 保 険 期 間 | 自 年 月 日  至 年 月 日 |
| 保 　険 　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 | |  |