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  |   |