

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		