年　　月　　日

治療費求償について

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　殿の治療費求償は下記にお願いします。

記

保険会社名	
保険会社所在地	（〒　　―　　）
電話番号	
自賠責証明番号 証券番号	
保険期間	年　　月　　日から１年間
契約者名	
事故発生日	年　　月　　日
担当課 担当者名	

山梨県自動車販売整備健康保険組合