

第 三 者	自動車損害賠償保険（自賠責）						
	保険会社名				保 險 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	保険契約者	氏 名			所有者との関係		
					運転者との関係		
		住 所				電 話 番 号	
	自動車の 所有者	氏 名			住 所		
	車 両 番 号				車 台 番 号		

第 三 者	任意保険の有無					有 ・ 無
	保険会社名				任 意 保 險 の 使 用	可 ・ 不可 ・ 不明
	担当者氏名				電 話 番 号	
	証 券 番 号					
	保険契約者	氏 名			住 所	

被 保 険 者	受 診 し た 医 療 機 関 に 関 す る 事 項	受 診 し た 医 療 機 関 名 (複数あれば すべて記入 してください)	
		国 保 診 療 開 始 日	年 月 日

上記のとおり届けます。 令和 年 月 日

住所 熊本市 _____

世帯主 _____

氏名 _____

電話 _____

受 付 印

熊 本 市 長 様