

第 三 者	住 所		
	氏 名	TEL () -	
	勤 務 先	所 在 地	
		名 称	TEL () -

自動車損害賠償保険（自賠責）			
第 三 者	保険会社名		保 險 期 間 年 月 日 から 年 月 日 まで
	証明書番号		
保 險 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 険 の 使 用 可 ・ 不 可 ・ 不 明
	担当者氏名		電 話 番 号
	証券番号		
保 險 契 約 者	氏 名		住 所

上記のとおり届けます。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)

被保険者との関係 () ※署名又は記名・押印

電話 _____

受 付 印

熊 本 市 長 様