

自動車損害賠償保険（自賠責）						
第三者	保険会社名			保険期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	保険契約者	氏名			所有者との関係	
		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		

任意保険の有無				有・無	
第三者	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)			
		保険診療開始日	年	月	日

上記のとおり届けます。 平成 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

市町村受付
広域連合受付

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様