

年 月 日

(自賠責損害保険会社)

様

(負傷者) 住 所

氏 名

電 話

印

### 自賠責保険に関する情報の開示について

自賠責保険に関する請求者及び請求金額等の情報について、保険者である東京都職員共済組合に開示することに同意します。