

(様式第7号)

南信地域町村交通災害共済見舞金請求書

※ 二重線枠内の留意事項を必ずご確認のうえ、漏れのないようにご記入ください。

住 所	(郡) (町) (市) (村)
世帯主氏名	連絡先電話番号 () (自宅) (携帯) (勤務先) その他 ()
共済加入者 (死傷者) 氏名	性別 (男) (女) 生年月日 T S H R 年 月 日
共済加入者が未成年者の場合	親権者氏名 続柄 加入者(死傷者)の
事故発生日時	令和 年 月 日 午 (前) (後) 時 分頃
見舞金請求区分	(死亡) (傷害) (後遺障害) ※ 留意事項 シャチハタ等インクを使ったスタンプ印での請求は、無効となりますのでご注意ください。
照会に対する同意及び見舞金請求 (必ずご確認ください。)	私は、本共済見舞金の認定に関して、必要な事項を直接組合から関係機関等へ照会することに同意し、共済見舞金を請求しますので、下記口座に振り込んでください。フリガナ 同意請求者氏名 (印)
共済見舞金振込口座	(銀行) (金庫) (農協) (支店) (支所) 1普通預金 2当座預金 4貯蓄預金 口座番号
請求者と異なる口座名義の場合	フリガナ 氏名 続柄 加入者(死傷者)の
添付書類	交通事故証明書 (人身) (物件) (正本) (写し) 救急車出動証明又は入手不能理由書 (有) 町村長の事故証明 (有) 医師の診断書 (正本) (写し) 診断書の領収書 (有) その他
事務担当者記入欄	共済番号 年度 月 号 見込請求額 円

上記のとおり共済見舞金の請求があったので、進達します。

令和 年 月 日

南信地域町村交通災害共済事務組合管理者 様

町村長

(印)

組合使用欄	決定額 円
-------	-------