

交通災害共済見舞金請求書

山梨県市町村総合事務組合長 殿

市町村名

事故発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分
事故発生場所
災害の程度 死亡 後遺障害(級) 傷害(ヶ月 週間内 入院・通院 日)
飲酒運転の有無 有・無 免許証の有無 有・無 運転免許証の写(市役所又は役場で複写したもの)を裏面に貼付すること。ただし、運転者の外は要しない。

添付書類 ・交通事故証明書 ・診断書(検案書) ・市町村長確認書 ・加入者証(写) ・免許証(写)

上記により交通災害共済見舞金を請求します。
なお、貴組合が本見舞金請求に関する個人情報を本見舞金に必要とする範囲で、医療機関及び事故に関する関係先等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることに同意します。

被災加入者(加入者番号) (〒 ) 住所 氏名 (印)

請求者(被災者との続柄) (〒 ) 平成 年 月 日 住所 フリガナ 氏名 (印)

見舞金振込先(請求者口座) 銀行・信金(金融機関コード: ) 支店(支店番号: )
信組・農協
普通預金・当座預金・その他 (口座番号)

<利用目的の明示>

被災加入者並びに見舞金請求者の個人情報は、本見舞金の支払いのほか、交通災害共済制度の維持管理に必要な範囲で利用します。

見舞金支払い決定額 ¥
見舞金額を制限した場合の理由
等級 災害の程度 金額 O印
1 死亡 1,000,000円
2 身体障害者福祉法施行規則別表第5号身体障害程度等級表に掲げる障害 1級~3級 300,000円
4級~7級 200,000円
3 治療 12か月以上実日数50日以上 180,000円
4 治療 6か月以上実日数28日以上 140,000円
5 治療 5か月以上実日数22日以上 110,000円
6 治療 4か月以上実日数18日以上 90,000円
7 治療 3か月以上実日数14日以上 70,000円
8 治療 2か月以上実日数10日以上 50,000円
9 治療 1か月以上実日数6日以上 30,000円
10 治療 2週間以上実日数4日以上 20,000円
11 治療 1週間以上実日数3日以上 15,000円
12 治療 1週間未満実日数2日以上 10,000円
組合長 参与 局長 業務課長 係 担当者
総務課長 会計管理者 係 支給番号
上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。
年 月 日
課長 係長 係 担当者
上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。
年 月 日
備考