

共 済 金 請 求 書

秋田県市町村総合事務組合管理者 様

請求日 令和 年 月 日

次のとおり請求します。
また、災害発生の状況、療養の経過、その他必要事項について関係機関に照会することに同意します。
請求者

住 所 (電話番号 - -)

ふりがな 氏 名 被災者との続柄 ()

| | | | | | | | | |
|-----|---------------------------|------|----|----|---|---|---|---|
| 被災者 | ふりがな 氏 名 ※請求者と同じ場合は省略可 | 生年月日 | 大正 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | 生 |
| | 住所 ※請求者と同じ場合は省略可 | | 平成 | 令和 | | | | |

| 共 済 種 別 | 交通災害共済 | 不慮の災害共済 | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|---|---|----------|--|------|---|--|---|--------|---|--------|---|
| 事故の形態と 確認事項等 | <input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自動二輪 ※原付含む <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 () <small>具体的に</small> | <input type="checkbox"/> 転 倒 <input type="checkbox"/> 窒 息 <input type="checkbox"/> 転 落 <input type="checkbox"/> 溺 水 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 中 毒 <input type="checkbox"/> 作業事故 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他 () <small>具体的に</small> | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">○運転者確認事項</th> <th colspan="2">○同乗者確認事項</th> </tr> <tr> <td>運転免許</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td rowspan="3">同乗した運転者に無免許運転 又は酒気帯び運転があった場合 (ない場合は記入不要。) その事実を</td> <td rowspan="3"> <input type="checkbox"/>知っていた <input type="checkbox"/>知らなかった </td> </tr> <tr> <td>酒気帯び運転</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> <tr> <td>スピード違反</td> <td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </table> <small>※自転車も酒気帯び運転を確認</small> | ○運転者確認事項 | | ○同乗者確認事項 | | 運転免許 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 同乗した運転者に無免許運転 又は酒気帯び運転があった場合 (ない場合は記入不要。) その事実を | <input type="checkbox"/> 知っていた <input type="checkbox"/> 知らなかった | 酒気帯び運転 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | スピード違反 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ○運転者確認事項 | | ○同乗者確認事項 | | | | | | | | | | | |
| 運転免許 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 同乗した運転者に無免許運転 又は酒気帯び運転があった場合 (ない場合は記入不要。) その事実を | <input type="checkbox"/> 知っていた <input type="checkbox"/> 知らなかった | | | | | | | | | | |
| 酒気帯び運転 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | |
| スピード違反 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | |

| 共 済 金 等 の 請 求 種 別 | <input type="checkbox"/> 死 亡 | <input type="checkbox"/> 後 遺 障 害 <small>自賠法1～5級に該当</small> | <input type="checkbox"/> 傷 害 <small>入院・通院</small> | <input type="checkbox"/> 差 額 <small>2回目以降の請求</small> | <input type="checkbox"/> 弔 慰 金 <small>無免許・酒気帯び運転・自殺・故意</small> |
|-------------------|------------------------------|---|--|---|---|
|-------------------|------------------------------|---|--|---|---|

事故発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分頃

事故発生場所 高速道 国道 県道 市町村道 農道 私道 その他 ()

事故発生状況の詳細

受給方法の指定 (市町村口座経由又は請求者口座を選択して下さい)

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------------|-------|--|-----|--|
| 1 市町村口座 経 由 | 2 請求者口座 ※右の欄に記入して ください | 金融機関名 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 組合 | 支店名 | <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店 |
| | | 口座種目 | 口 座 番 号 | | 口座名義 (カタカナで記入してください) |
| | | 普通預金 | | | |

上記請求を受付し、内容を確認しましたので、関係書類を提出します。

支部長



- 該当する を○で囲んでください。
- この請求書に添付する書類
 - 交通事故証明書 (交通災害の場合)
 - 診断書 (死体検案書等)
 - 加入者証の写し
 - 請求者口座の場合は通帳の写し
 - 死亡又は弔慰金請求の場合は、請求者と被災者の関係が確認できる戸籍謄本及び住民票