|  |  |
| --- | --- |
| 請求日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

**ロゴ

自動的に生成された説明**不慮の災害共済請求書

様式第１号

秋田県市町村総合事務組合　あて

**この請求に係る災害は、急激・偶然・外来のものであり、病気ではありません。**

**この請求に関して、関係機関に照会することに同意します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 請求種別 | 自　殺  死　亡  後遺障害（自賠法１～５級）  入　院 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １  被災者 | ふりがな | 生年月日 | 年　　　 月　　　 日 |
| 氏　　名 |

**請求者は、未成年・死亡・被後見人以外は被災者本人となります。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２  請求者 | 被災者と  の続柄    ※被災者本人の場合は右氏名は省略可 | ふりがな |
| 氏　　名 |
| 住所　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３  請  求  内  容 | 被災年月日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 事故区分 | 窒　息  作業事故  スポーツ  転　落  転　倒  中　毒  やけど  その他（　　　　　　　　）  溺　水 |

**受取口座は、請求者名義の口座か、市町村支部口座となります。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４  受取口座 | 金融機関名 |  | | | 支店名 |  | |
| 口座種別 | 普通預金 | 口座番号 |  | | 名　義  カタカナ |  |

|  |
| --- |
| 支部確認欄  　支部で受付した場合　は、対応者名を記載　してください |

添付書類　**□**診断書 または 後遺障害診断書 または 死亡診断書

**□**被災日の属する年度の加入者証

**□**受取口座の通帳 または キャッシュカードの写し

**(注)**被災者と請求者が異なる場合は、上記書類のほかに関係がわかる書類が必要です