

不慮の災害共済請求書

請求日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

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	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 後遺障害（自賠法1～5級）	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 自殺
------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

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	ふりがな
	※被災者本人の場合は右氏名は省略可	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	<input type="checkbox"/> 転倒	<input type="checkbox"/> 転落	<input type="checkbox"/> スポーツ	<input type="checkbox"/> 作業事故	<input type="checkbox"/> 窒息	<input type="checkbox"/> 溺水	<input type="checkbox"/> 中毒	<input type="checkbox"/> やけど

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		

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

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