

## 交通災害共済請求書

秋田県市町村総合事務組合 あて

請求日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

この請求に係る災害は、交通事故によるものです。  
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"/> 通院・入院	<input type="checkbox"/> 後遺障害（自賠法1～5級）	<input type="checkbox"/> 死亡
------	--------------------------------	--	-----------------------------

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	事故証明書の添付  <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →  なしの場合、右欄を記入すること	事故発生日	令和	年	月	日	
		事故発生場所	<input type="checkbox"/> 道路	<input type="checkbox"/> 駐車場	<input type="checkbox"/> その他 [ ]		
		事故区分	<input type="checkbox"/> 自動車	<input type="checkbox"/> 同乗	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> バス
			<input type="checkbox"/> 自動二輪	<input type="checkbox"/> 原付	<input type="checkbox"/> その他 [ ]		
発生状況							

4 確認事項	違反行為	違反を虚偽なく申告すること。不申告の場合は詐欺罪で訴えられる場合があります				
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	<input type="checkbox"/> 無免許	<input type="checkbox"/> 酒気帯び（知り得た同乗含む）	<input type="checkbox"/> スピード違反	<input type="checkbox"/> 妨害運転	<input type="checkbox"/> 携帯使用
		ありの場合、右欄を記入すること				

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。

5 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  交通事故証明書（添付がない場合は共済金が5割減となります）  
 診断書 または 後遺障害診断書 または 死亡診断書  
 事故発生日の属する年度の加入者証  
 請求者口座の通帳 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