

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4年 10月 1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 checked="" 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 あきた たろう	生年月日	昭和35年 3月 20日
	氏名 秋田 太郎		

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 本人	ふりがな
	※被災者本人の場合は右氏名は省略可	氏名
	住所 〒 1111-1111 〇〇町〇〇一丁目3-5	電話番号 1234-56-7890

3 請求内容	事故証明書の添付 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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4年 4月 15日
		事故発生場所	<input checked="" 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 checked="" 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	自転車運転中転倒した。

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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 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	〇〇銀行	支店名	〇〇支店	
	口座種別	普通預金	口座番号	1234567	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

山田

被災者が未成年者の場合や死亡など、被災者と請求者が異なる請求には、関係がわかる書類（戸籍等）が必要となります。