

(様式第3号)

交通災害共済見舞金 当初 請求書

差額

高知県市町村総合事務組合管理者 様
次のとおり災害見舞金を請求します。

年 月 日

郵便番号

--	--	--	--	--	--	--	--

続柄 ※1、※2

住 所

()

請求者氏名

Ⓔ

※1 被災者が未成年者の場合には、親権者又は後見人が請求して下さい。

※2 親権者、後見人又は遺族が請求する場合は、被災者から見た続柄を記入して下さい。

加入者番号		共済期間開始日	年 月 日
被災者氏名 ※請求者と同じ場合は省略可		生 年 月 日	大 昭 平 令 年 月 日
被災者住所 ※請求者と同じ場合は省略可			
事故発生日時	年 月 日	午前 午後 時 分 ごろ	
事故発生場所			
災害見舞金の受取方法	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 現金	災害の程度	<input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 死亡
金融機関	銀行・農協・漁協 信組・金庫		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店
口座名義 (請求者本人口座に限る)	フリガナ	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
添付書類 (添付書類にレ点を付すこと)	<input type="checkbox"/> 加入者証 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 診断書(施術証明書) <input type="checkbox"/> 死亡診断書(死亡検案書) <input type="checkbox"/> 目撃者証言録 <input type="checkbox"/> 交通事故申立書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他()		

【同意事項】本組合(支部を含む。)が交通災害共済見舞金請求に関する個人情報を交通災害共済見舞金支払に必要な範囲で、医療機関等交通災害共済見舞金請求・支払いに関する関係先に提供を行いましたまたはこれらの者から提供をうけ、利用及び登録することに同意します。

【個人情報の取得・利用目的について】本組合(支部を含む。)が取得した個人情報は、本件事故に係る交通災害共済見舞金支払いのほか、交通災害共済契約の締結もしくは維持管理のために必要な範囲で利用します。

(副 申) ※支部にて記入願います。

条例第9条各項各号に関する調査	該当(有り・無し) 有りの場合の該当条項(条例第9条 項 号)		
原本の添付	交通事故証明書(有り・無し) 様式第4号-1又は様式第4号-2(有り・無し)		
実治療日数	入院 日	通院 日	等級 等級
年 月 日	上記請求に係る災害等級について副申します。		支部長印
支 部 名	支 部	担当者氏名	

(決 定) ※本部にて記入します。

決定番号		① 条例別表の額	円	等級	等級
決定日	年 月 日	② 交通事故証明書料	円	災害見舞金の額を制限する理由	
文書日付	年 月 日	③ 診断書料	円		
送金日	年 月 日	④ 既払い額	円		
上記請求について右記のとおり支払を決定する。		支払額 (①+②+③-④)	円		
管理者	副管理者	次 長	合 議	係	