

共済見舞金請求書

No. _____

事故発生日時		平成・令和 年 月 日		決 定 欄				
		午前・午後 時 分		組 合			関係市町	
事故発生場所				管理者	事務長	係	課長	係
受 傷 者	住 所	_____ 口 _____ 等級						
	氏 名							
	会員証No.							
入院日数		_____ 日		見舞金額 ¥. _____				
通院日数		_____ 日		添付書類料 ¥. _____				
上記により見舞金を請求いたします。 令和 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ (印) 電話番号 (_____) 受傷者との続柄 _____ 駿東地区交通災害共済組合 様				見舞金の振込先 銀行 _____ 金庫 _____ 支店 農協 _____ 普通 ・ 当座 ・ その他 _____ (_____) 口座番号 _____				
右記の口座に見舞金を振込むことを承諾します。 令和 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ (印)				フリガナ _____				
				名義人 _____				
				振込日 令和 年 月 日				

※添付書類

- 1 交通事故証明書
- 2 診断書 ※入院日・通院日が確認できるもの

【 満額 ・ 半額 】
 【 原本 ・ 写し 】

※3・4は死亡見舞金の場合

(3 死亡診断書又は死体検案書、4 戸籍謄本)