

交通災害共済見舞金請求書

※太枠内をご記入ください

下記により共済見舞金を請求し、指定する口座に振り込むことを依頼します。

(宛先) 大東市長 年 月 日

(請求者) ※負傷者が未成年の場合は、親権者の氏名をご記入ください。

氏名 _____ ④ 会員(負傷者)との続柄 _____

住所 _____

電話番号 () _____

記

事故発生日時	年 月 日	午前・午後	時	分頃
事故発生場所				
会員(負傷者)氏名	(<input type="checkbox"/> 請求者と同じ)			
会員(負傷者)住所	(<input type="checkbox"/> 請求者と同じ)			
振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 労金 農協	口座番号	当・普	番
	支店 出張所 営業部	(フリガナ) 口座名義人		

※会員(負傷者)本人の口座に振り込みます。ただし、会員(負傷者)が未成年者の場合は親権者の口座に振り込みます。

職員使用欄		課長	課長補佐	上席主査	主査	係員
添付書類	事故証明書(コピーでも可)					
	診断書(原本に限る)					
	会員証					
	事故状況					
以下のとおり見舞金を支給してよろしいか						
治療期間		見舞金				
入院治療	① 年 月 日～ 年 月 日	共済見舞金	等級		円	
	② 年 月 日～ 年 月 日		減額 / 上位		等級～ 等級	
	(入院日数計 日)	見舞金合計額	円			
通院治療	① 年 月 日～ 年 月 日	審査委員会議決				
	② 年 月 日～ 年 月 日	要				不要
	③ 年 月 日～ 年 月 日	開催日	年 月 日			出席委員名
(通院日数計 日)						
全治療日数	実治療日数合計	日	議決事項			