

共済見舞金請求書

No. _____

事故発生日時		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									
	氏 名	_____ 口 _____ 等級								
	会員証No.									
入院日数				日		見舞金額 円.				
通院日数				日		添付書類料 円.				
上記により見舞金を請求いたします。				年 月 日		支 給 額 円.				
住 所				年 月 日		見舞金の振込先				
氏 名				(印)		銀行 金庫 支店 農協				
電話番号 () -				-		普通 ・ 当座 ・ その他 ()				
受傷者との続柄				-		口座番号				
駿東地区交通災害共済組合 様				-						
右記の口座に見舞金を振込むことを承諾します。				年 月 日		フリガナ				
住 所				年 月 日		名義人				
氏 名				(印)		振込日		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 (原本・写し)
- 以下の3・4は、死亡見舞金の場合のみ必要となります。
- 3 死亡診断書又は死体検案書
 - 4 戸籍謄本