

新城北設楽交通災害共済組合  
交通災害共済見舞金請求書

第 号  
令和 年 月 日

市町村長名 ㊟

新城北設楽交通災害共済組合管理者殿

令和 2 年 〇 月 × 日

※1 請求人住所 新城市〇〇字〇〇3番地

氏名 新城太郎 新城 ㊟

被害者との続柄 ( 本人 )

下記のとおり共済見舞金の支払いを請求します。

記

被	会 員 証 の 号	行政区 ×× No. 7	※2	1 自動車安全運転センターの事故証明書	
	事 故 発 生 の 時 日	令和 元 年 〇 月 × 日 午前・午後 1 時 35 分頃		2 目撃者の事故証明	
害	事 故 発 生 の 所 場	新城市〇〇字〇〇 1 番地 1 路上において 地内 車中において その他	書 類	3 自動車安全運転センター、目撃者の証明が得られない 申立書	
	※2 災 害 の 程 度	1. 死 亡 2. 傷 害 入院及び通院日数 日		4 交通事故申立書	
者	氏 名	新城太郎	見 舞 金 受 取 人	※1 〒 1 2 3 - 4 5 6 7	
	生 年 月 日	S 60 年 1 月 1 日 (満 〇〇 才)		住所 新城市〇〇字〇〇3番地 番地	
者	職 業	会社員 男 女	事 務 局 記 入 欄	氏名 新城太郎 ㊟	
				電話 ( 0536 ) 99 - 0000	
			事務局記入欄	全 治 期 間 日 月 日 月	
				通 院 日 数 日 全 治 療 日 数 日	
			事務局記入欄	入 院 日 数 日	
				入 院 加 算 有・無 診 断 書 加 算 有・無	
			事務局記入欄	傷 害 加 算 有・無 備 考	
				等 級 級 円	
			総支給金額 円		

※1 被害者が未成年の場合は親権者が代理して、請求人、受取人となってください。

※2 事務局記入欄です。記入しないでください。