

不慮の災害共済請求書

請求日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

秋田県市町村総合事務組合 あて

この請求に係る災害は、急激・偶然・外来のものであり、病気ではありません。

この請求に関して、関係機関に照会することに同意します。

請求種別	☐ 入院	☐ 後遺障害（自賠法1～5級）	☐ 死亡	☐ 自殺
------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

1 被災者	ふりがな	生年月日	年	月	日
	氏名				

請求者は、未成年・死亡・被後見人以外は被災者本人となります。

2 請求者	被災者との続柄	ふりがな
	※被災者本人の場合は右氏名は省略可	氏名
	住所 〒	電話番号

3 請求内容	被災年月日	令和	年	月	日	
	事故区分	☐ 転倒	☐ 転落	☐ スポーツ	☐ 作業事故	☐ 窒息
		☐ 溺水	☐ 中毒	☐ やけど	☐ その他（ ）	

受取口座は、請求者名義の口座か、市町村支部口座となります。

4 受取口座	金融機関名				支店名		
	口座種別	普通預金	口座番号			名義カタカナ	

添付書類 ☐ 診断書 または 後遺障害診断書 または 死亡診断書

☐ 被災日の属する年度の加入者証

☐ 受取口座の通帳 または キャッシュカードの写し

(注) 被災者と請求者が異なる場合は、上記書類のほかに関係がわかる書類が必要です

支部確認欄
支部で受付した場合は、対応者名を記載してください