

交通災害共済請求書

秋田県市町村総合事務組合 あて

請求日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

この請求に係る災害は、交通事故によるものです。
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	☐ 通院・入院	☐ 後遺障害（自賠法1～5級）	☐ 死亡
------	--------------------------------	--	-----------------------------

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	事故証明書の添付 ☐ あり ☐ なし → なしの場合、右欄を記入すること	事故発生年月日	令和	年	月	日	
		事故発生場所	☐ 道路	☐ 駐車場	☐ その他 []		
		事故区分	☐ 自動車	☐ 同乗	☐ 歩行	☐ 自転車	☐ バス
			☐ 自動二輪	☐ 原付	☐ その他 []		
発生状況							

4 確認事項	違反行為	違反を虚偽なく申告すること。不申告の場合は詐欺罪で訴えられる場合があります				
	☐ なし ☐ あり →	☐ 無免許	☐ 酒気帯び（知り得た同乗含む）	☐ スピード違反		
	ありの場合、右欄を記入すること	☐ 妨害運転	☐ 携帯使用	☐ 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。

5 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 ☐ 交通事故証明書（添付がない場合は共済金が5割減となります）
☐ 診断書 または 後遺障害診断書 または 死亡診断書
☐ 事故発生日の属する年度の加入者証
☐ 請求者口座の通帳 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