

山形縣市町村交通災害共済見舞金請求書

		受付年月日	年	月	日	市町村番号	No.
会 員 氏 名	飯豊 太郎		会 員 番 号		0000001		
事 故 発 生 日 時	令和 3 年 1 月 10 日		午	前	10 時 30 分 頃		
事 故 発 生 場 所	飯豊町椿地内						
傷 害 の 程 度	死亡 (傷害) (2 月以上) (日以上) (日以下)						
添 付 書 類	<input checked="" type="checkbox"/> 会 員 証 <input checked="" type="checkbox"/> 交 通 事 故 証 明 書 <input checked="" type="checkbox"/> 診 断 書 (検案書) <input type="checkbox"/> 戸 籍 謄 本 その他 ()						
事 故 の 概 要 (記入欄が足りない場合は別紙様式9-2号に記入して下さい。)	車を運転中、信号無視した車に衝突されて、全治2か月のけがをした。						
<p>上記により共済見舞金を請求します。</p> <p>令和 3 年 4 月 5 日 ← 提出する日</p> <p>住 所 飯豊町大字椿2888番地</p> <p>会員との続柄 本人 請求者氏名 飯豊 太郎 ⑩</p> <p>山形縣市町村交通災害共済組合長 殿</p> <p>← 未成年者の場合は保護者氏名</p>							

支 部 査 定	支部長が査定した共済金額	等級	円
	査 定 年 月 日	令和	年 月 日
	査 定 意 見		
	上記の金額を共済見舞金として支給されるよう副申します。		取 扱 者 印
	令和	年 月 日	
	支部長	印	

組合長印	本 部 決 定	上記の請求について共済見舞金額の支給を決定する。		円
		請求金額に対しその額を制限した場合の理由		
会計管理者印				
事務取扱者印		決 定 年 月 日	決 定 番 号	送 金 年 月 日
		令和 年 月 日	No.	令和 年 月 日