

交通災害共済見舞金請求書

山梨県市町村総合事務組合長 殿

市町村名	
------	--

事故発生状況	事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分			
	事故発生場所				
添付書類	飲酒運転の有無	有・無	免許証の有無	有・無	運転免許証の写し（市役所又は町村役場で複写したもの）を裏面に貼付すること。（運転者の場合に限る。）
	被害の程度	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 障害 身体障害者福祉法に基づく等級 ( 級)	<input type="checkbox"/> 傷害	
・交通事故証明書（又は交通災害申立書） ・診断書（検案書） ・加入者証（写し） ・免許証（写し）					

上記より交通災害共済見舞金を請求します。

なお、貴組合が本見舞金請求に関する個人情報を見舞金に必要なとする範囲で、医療機関及び事故に関する関係先等に提供を行い、又はこれらの者から提供を受けることに同意します。

年 月 日

被災加入者（加入者番号 ( ) )                      請求者（被災加入者との続柄 ( ) )

住所(〒 ( ) )    住所(〒 ( ) )

氏名 \_\_\_\_\_ (印)                                      氏名 \_\_\_\_\_ (印)

請求者の連絡先 \_\_\_\_\_ ( )

↑（日中連絡の取れる電話番号を記入してください）

見舞金振込先 （請求者口座）	銀行・信金 信組・農協	（金融機関コード： ( ) )	支店（支店番号： ( ) )
	普通預金・当座預金・その他	(口座番号)	(口座名義：カナ)

※振込先の通帳の写し（名義・口座番号等の記載のある部分）を添付してください。

<利用目的の明示>

被災加入者及び見舞金請求者の個人情報は、本見舞金の支払いのほか、交通災害共済制度の維持管理に必要な範囲で利用します。

見舞金支払 決定額	¥ _____		見舞金額を制限した場合の理由						
共 済 見 舞 金 の 認 定	等級	被害の程度	金額	○印	組合長	事務局長	業務課長	係	担当者
	1	死亡	1,000,000円						
	2-1	身体障害者福祉法に 基づく等級	1級から3級	300,000円	組合決定	総務課長	会計管理者	係	支給番号
	2-2		4級から7級	200,000円					
	3-1	入院日数 90日以上	180,000円	上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。  年 月 日					
	3-2	実治療日数 90日以上	90,000円						
	4-1	入院日数 75日以上90日未満	160,000円						
	4-2	実治療日数 75日以上90日未満	80,000円						
	5-1	入院日数 60日以上75日未満	140,000円						
	5-2	実治療日数 60日以上75日未満	70,000円						
	6-1	入院日数 45日以上60日未満	120,000円						
	6-2	実治療日数 45日以上60日未満	60,000円						
	7-1	入院日数 30日以上45日未満	80,000円			市町村決定			
	7-2	実治療日数 30日以上45日未満	40,000円						
	8-1	入院日数 15日以上30日未満	60,000円				上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。  年 月 日		
	8-2	実治療日数 15日以上30日未満	30,000円						
	9-1	入院日数 5日以上15日未満	40,000円						
	9-2	実治療日数 1日以上15日未満	20,000円						

注1 実治療日数は、入院と通院の日数を合算した日数をいいます。

注2 1日に2以上の医療機関等で治療等を受けた場合の実治療日数は、1日として計算します。

注3 3-1等級から9-2等級までの間においては、入院日数に応じた共済見舞金の額と実治療日数に応じた共済見舞金の額のいずれか高い額で決定します。

注4 交通災害申立書による請求の場合の共済見舞金は、入院の区分であるときは9-1等級、実治療日数の区分であるときは9-2等級の額を共済見舞金として支給します。

注5 請求期間は、事故日翌日から起算して2年以内です。2年を経過したものは無効になります。

備考（通信欄）

【記入例】  
交通災害共済見舞金請求書

山梨県市町村総合事務組合長 殿

市町村名 □□□市

事故発生日時	令和〇〇年〇〇月〇〇日 午前・午後 8時00分		
事故発生場所	山梨県□□□市〇〇〇7890 (※事故証明書等を参考にご記入ください。)		
飲酒運転の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	免許証の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無
被害の程度	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 障害	<input checked="" type="checkbox"/> 傷害
	身体障害者福祉法に基づく等級 ( 級 )		入院日数 ( 日 ) 実治療日数 (入院+通院) ( 100 日 )
添付書類	・交通事故証明書(又は交通災害申立書) <input checked="" type="checkbox"/> ・診断書(検案書) <input type="checkbox"/> ・加入者証(写し) <input type="checkbox"/> ・免許証(写し) <input type="checkbox"/>		

上記により交通災害共済見舞金を請求します。  
 なお、貴組合が本見舞金請求に関する個人情報を見舞金に必要とする範囲で、医療機関及び事故に関する関係先等に提供を行い、又はこれらの者から提供を受けることに同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被災加入者 (加入者番号 1234-000)	請求者 (被災加入者との続柄 本人)
住所(〒 123-4567 ) 山梨県□□□市△△△2345	住所(〒 123-4567 ) 山梨県□□□市△△△2345
氏名 組合花子	氏名 組合花子

↑(日中連絡の取れる電話番号を記入してください)

見舞金振込先 (請求者口座)	〇〇〇 銀行・信金 信組・農協 (金融機関コード: 0000 )	〇〇〇 支店 (支店番号: 000 )
	普通預金・当座預金・その他 (口座番号) 123456	(口座名義: カナ) クミアイ ハナコ

※振込先の通帳の写し(名義・口座番号等の記載のある部分)を添付してください。  
 <利用目的の明示>  
 被災加入者及び見舞金請求者の個人情報は、本見舞金の支払いのほか、交通災害共済制度の維持管理に必要な範囲で利用します。

見舞金支払決定額	見舞金を振込む銀行口座の支店名、口座番号の記載された通帳の写しを添付してください。	見舞金額を制限した場合の理由	口座名義は請求者氏名と一致させてください。記載の口座に誤りがあるとお振込みができません。			
共済見舞金の認定	等級	被害の程度	金額	〇印	組合長 事務局長 業務課長 総務課長 会計管理者 係 支給番号 上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。 年 月 日	
	1	死亡	1,000,000円			
	2-1	身体障害者福祉法に基づく等級	1級から3級	300,000円		
	2-2		4級から7級	200,000円		
	3-1	入院日数	90日以上の傷害	180,000円		
	3-2	実治療日数	90日以上の傷害	90,000円		
	4-1	入院日数	75日以上90日未満の傷害	160,000円		
	4-2	実治療日数	75日以上90日未満の傷害	80,000円		
	5-1	入院日数	60日以上75日未満の傷害	140,000円		
	5-2	実治療日数	60日以上75日未満の傷害	70,000円		
6-1	入院日数	45日以上60日未満の傷害	120,000円			
6-2	実治療日数	45日以上60日未満の傷害	60,000円			
認定	7-1	入院日数	30日以上45日未満の傷害	80,000円	市町村決定 上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。 年 月 日	
	7-2	実治療日数	30日以上45日未満の傷害	40,000円		
	8-1	入院日数	15日以上30日未満の傷害	60,000円		
	8-2	実治療日数	15日以上30日未満の傷害	30,000円		
認定	9-1	入院日数	5日以上15日未満の傷害	40,000円	上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。 年 月 日	
	9-2	実治療日数	1日以上15日未満の傷害	20,000円		

注1 実治療日数は、入院と通院の日数を合算した日数をいいます。  
 注2 1日に2以上の医療機関等で治療等を受けた場合の実治療日数は、1日として計算します。  
 注3 3-1等級から9-2等級までの間においては、入院日数に応じた共済見舞金の額と実治療日数に応じた共済見舞金の額のいずれか高い額で決定します。  
 注4 交通災害申立書による請求の場合の共済見舞金は、入院の区分であるときは9-1等級、実治療日数の区分であるときは9-2等級の額を共済見舞金として支給します。  
 注5 請求期間は、事故日翌日から起算して2年以内です。2年を経過したものは無効になります。

備考 (通信欄)