

(様式第5号) 表

交 通 災 害 申 立 書

事故発生日時	年 月 日 午前 午後 時 分			
事故発生場所	(裏面略図参照)			
被害を受けた 加入者	住所	連絡先 Tel () -	生年 月日	年 月 日生 (歳)
	フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
車両等の種別				
事故状況				
(申立者) 上記の内容は、事実と相違ないことを申立ていたします。なお、この申立ての内容が事実に相違している場合は、支払いを受けた共済見舞金は直ちに返還いたします。 年 月 日 住所 氏名 被害者との関係 本人・その他 () 山梨県市町村総合事務組合長 殿				
(目撃者等) 上記交通災害を目撃（現認）し、事実であったことを証明します。 年 月 日 住所 氏名 被害者との関係 () 山梨県市町村総合事務組合長 殿				
上記のとおり加入者の交通災害が発生したことを確認します。 年 月 日 市町村長 山梨県市町村総合事務組合長 殿 印				

(注) 本書を添付して請求した共済見舞金は、被害の程度が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等級となります。

裏

(交通事故発生現場略図)