

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				
	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	入院日数 (日) 実治療日数（入院+通院） (日)
添付書類	・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 _____ 氏名 _____
(フリガナ) 氏名 _____

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		総務課長	会計管理者	係	支給番号						
			4級から7級	200,000円											
	3-1	入院日数	90日以上	180,000円	組合決定	上記のとおり共済見舞金の支給を決定する。	年 月 日								
			90日以上	90,000円											
	4-1	入院日数	75日以上90日未満	160,000円											
			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											
			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											
			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						取扱主任	係	事務取扱者		
			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												
		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												
		5日以上15日未満	20,000円												
9-2	実治療日数	1日以上15日未満	20,000円												
		1日以上15日未満													

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）

--