

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
	被害の程度	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 障害 身体障害程度等級表の等級 ( 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 ・診断書(検案書) ・交通災害申立書 ・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。

平成 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)

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)

<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 参与 事務局長 業務課長 係 担当者 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 取扱主任 係 事務取扱者 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	身体障害程度等級表 1級から3級	300,000円		
	2-2	身体障害程度等級表 4級から7級	200,000円		
	3-1	入院日数 90日以上	180,000円		
	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		
認定	6-1	入院日数 45日以上60日未満	110,000円		
	6-2	実治療日数 45日以上60日未満	55,000円		
	7-1	入院日数 30日以上45日未満	80,000円		
	7-2	実治療日数 30日以上45日未満	40,000円		
	10	実治療日数 1日以上6日未満	10,000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の等級で決定します。