

保険会社等ご担当者様へご協力をお願い

「交通事故証明書、診断書及び診療費請求明細書」の写しの提供について

市町村交通災害共済加入者から共済見舞金請求手続きに使用する「交通事故証明書、診断書及び診療費請求明細書」の写しの提供を求められた場合、以下の例のとおり原本と相違ない旨を付記し、ご担当者様の署名・捺印をしていただきますようご協力をお願いいたします。

(例)

	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> □□□-□□□□ 住所 $\Delta\Delta$市□□町2-1 株式会社□□保険 氏名 $\Delta\Delta$サービスセンター 25年11月18日 株式会社□□保険$\Delta\Delta$サービスセンター □□-郎 </div>	<h3 style="margin: 0;">交通事故証明書</h3> <p style="font-size: small; border: 1px dashed black; padding: 2px;">原本と相違ありません。 (原本を複写したものである。・原本照合確認済 etc.)</p>
申請者	事故照会 番号	甲・乙・との続柄 本人・代理人 乙
氏名	$\Delta\Delta$ 署 第00234号 発生日時	平成25年8月7日 午後2時0分ころ

<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; font-size: x-small;"> 原本と相違ありません。 (原本を複写したものである。・原本照合確認済 etc.) 25年11月18日 株式会社□□保険$\Delta\Delta$サービスセンター □□-郎 </div>	<h3 style="margin: 0;">診断書</h3> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> (保険会社使用欄) <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div>								
住所 $\Delta\Delta$ 市□□町1-2 傷病者 氏名 岩手太郎	男・女 明・大(昭)平 33年 3月20日生								

<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; font-size: x-small;"> 原本と相違ありません。 (原本を複写したものである。・原本照合確認済 etc.) 25年11月18日 株式会社□□保険$\Delta\Delta$サービスセンター □□-郎 </div>	<h3 style="margin: 0;">自動車損害賠償責任保険 診療報酬明細書</h3> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> 入院外 </div>																											
保険者名 氏名 岩手太郎	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th style="width: 15%;">診療の種類</th> <th style="width: 15%;">健保関係</th> <th style="width: 15%;">労災</th> <th style="width: 15%;">自由診療</th> <th style="width: 15%;">その他</th> <th style="width: 15%;">傷病起因</th> <th style="width: 15%;">業務上</th> <th style="width: 15%;">通勤途上</th> <th style="width: 15%;">その他</th> </tr> <tr> <td>受傷日</td> <td>平成 25年 8月 7日</td> <td>診療実日数</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>初診日</td> <td>平成 25年 8月 7日</td> <td>33日</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>	診療の種類	健保関係	労災	自由診療	その他	傷病起因	業務上	通勤途上	その他	受傷日	平成 25年 8月 7日	診療実日数							初診日	平成 25年 8月 7日	33日						
診療の種類	健保関係	労災	自由診療	その他	傷病起因	業務上	通勤途上	その他																				
受傷日	平成 25年 8月 7日	診療実日数																										
初診日	平成 25年 8月 7日	33日																										

担当：矢巾町役場総務課防災安全室
 TEL:019-611-2708 FAX:019-697-3700