

# 記入例

提出日が請求日となるように記載願います。

## 共済見舞金請求書（正）

市町村の通災害共済条例の規定に基づき、関係書類を添えて共済見舞金を請求します。 平成 <b>令和2</b> 年 ○ 月 ○ 日 岩手県市町村総合事務組合管理者 殿		1 加入者証 2 交通事故証明書 3 交通事故申立書 4 医師の診断書等	
請求者	住所	〒 028-3692 電話 (019) 697 - 2111 岩手県紫波郡矢巾町大字南矢幅 13 地割 123	
	氏名	矢巾 太郎	被災者との関係 (本人)
	見舞金の振込先 (請求者名義の預金口座)	銀行 信金 (店番 000) 矢巾 支店	口座番号 普・当 No. 0123456
災害を受けた加入者	現在の住所 (請求者と同じ場合記入不要)	加年 令和2 年度	加入者証の支部一連番号
事故の状況	氏名	矢巾 太郎 (50 歳)	
	被災時の状況について○ 印を記入してください。	① 自動車等を運転中 ② 自動車等に同乗中	左欄で1~2に○をした場合、その車両の運転者について記入してください。その車両を運転するのに必要な運転免許 (有・無)
		③ 軽車両 (自転車等) を運転中 ④ 歩行中 ⑤ その他 ( )	左欄で1~3に○をした場合、その車両の運転者について記入してください。酒気帯び (有・無)
事故の状況	(交通事故申立書を添付する場合記入不要) ○年○月○日、自動車 (岩手○○○あ 1234) を運転して○○交差点 (場所、住所などを記載) を北進中、西方から進行してきた自動車が左側面に衝突してきたもの。(いつ、どこで、どうしたのかが分かるように記載する。)		

### 査定・決定欄

査定・決定欄					決定年月日	平成 年 月 日	
					決定番号	-	
交通災害の程度	死亡	自賠法施行令第1級、第2級の後遺障害 身障福祉法施行規則の1級の身体障害			1,100,000円	A	支払対象額を制限した場合の理由 条例第10条第2項 (一部を支払わない) 〔は40%減額〕 〔減額、1号及び2号のいずれにも該当した場合〕 〔1号又は2号のいずれかに該当した場合は20%〕 〔1号 加入者の自己の重大な過失〕 〔2号 警察署等への事故の届出を怠ったこと〕
	傷害	区分	請求治療日数 ア	同一事故で既に支払を受けた日数 イ	合計日数 ウ (ア+イ)	金額 (ウ×単価)	
		入院	日	日	日	(単価2,000円)	
		通院	日	日	日	(単価1,000円)	
		計	日	日	日		
支払対象額 (A又はB) (上記Bの額が300,000円を超える場合は300,000円とする。)					円	C	
条例第10条の規定による減額 (C×20%又は40%)					円	D	
同一事故で既に支払を受けた額					円	E	
支払決定額 (C - (D+E)) (初回請求に限り20,000円に満たないこととなる場合は20,000円とする。)					円	F	
付記					支払額累計 (E+F) 円		

(注) 請求される方は、太線の中だけを記入してください。  
太線内の「自動車等」には自動車、自動二輪車、原動機付自転車などが含まれます。