

町長	副町長	課長	係長	係	

交通災害共済見舞金請求書

年 月 日

下諏訪町長 様

〒

住所

請求者氏名

印

下記金額を請求します。

電話

会員番号	年度(月)第 号	1 口	2
事故発生日時	年 月 日	前後	時 分
傷害の程度	死亡・傷害 (月 週間 日間)		
受傷者	住所		
	氏名	印 [世帯主氏名]	続柄
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日生	成年・未成年
会員が未成年の場合の親権者			
受傷者が死亡の場合	住所		
	受取人	死亡者との続柄	氏名 印
添付書類	1 交通事故証明書 3 2 診断書		
共済見舞金請求額	円		

共済見舞金支払決定	傷害区分	死亡・傷害 (月 週間 日間)		
	共済見舞金額	円		
	支払年月日	年 月 日		
	付記			
振込先記入欄	金融機関名	支店名	口座番号	
	フリガナ			
	名義人(請求者)			