

# 山形縣市町村交通災害共済見舞金請求書

	受付年月日	年 月 日	市町村番号	No.
会 員 氏 名			会 員 番 号	
事 故 発 生 日 時	令 和	年 月 日	午 前 後	時 分 頃
事 故 発 生 場 所				
傷 害 の 程 度	死亡	傷害 ( 月以上) ( 日以上) ( 日以下)		
添 付 書 類	会 員 証 戸 籍 謄 本	交 通 事 故 証 明 書 そ の 他 ( )	診 断 書 ( 検 案 書 )	
事 故 の 概 要 (記入欄が足りない場合は 別紙様式9-2号に記入し て下さい。)	..... ..... ..... .....			
上記により共済見舞金を請求します。 令 和 年 月 日 住 所 会員との続柄 請求者氏名 山形縣市町村交通災害共済組合長 殿				

支 部 査 定	支部長が査定した共済金額	等級	円
	査 定 年 月 日	令 和 年 月 日	
	査 定 意 見		
	上記の金額を共済見舞金として支給されるよう副申します。 令 和 年 月 日 支部長		

組 合 長 印	本 部 決 定	上記の請求について共済見舞金額の支給を 決定する。	円	
		請求金額に対しその額を制限した場合の理由		
会 計 管 理 者 印				
事 務 取 扱 者 印		決 定 年 月 日	決 定 番 号	送 金 年 月 日
		令 和 年 月 日	No.	令 和 年 月 日