

山形県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 交通事故証明書 診断書(検案書) 戸 籍 謄 本 その他()					
事 故 の 概 要 (記入欄が足りない場合は別紙 様式第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 山形県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 印		

組 合 長 印	本 部 決 定	上記の請求について共済見舞金の支給を決定する		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	決定場号	送金年月日
	令和 年 月 日	No.	令和 年 月 日	