

(様式第5号) 表

交通災害申立書

事故発生日時	年 月 日 午前 時 分 午後			
事故発生場所	(裏面略図参照)			
被害を受けた加入者	住所	連絡先 Tel () -	生年月日	年 月 日生 (歳)
	フリガナ氏名		性別	男 ・ 女
車両等の種別				
事故状況				
(申立者)	上記の内容は、事実と相違ないことを申立ていたします。なお、この申立ての内容が事実に相違している場合は、支払いを受けた共済見舞金は直ちに返還いたします。			
	年 月 日	住所	氏名	Ⓜ
			被害者との関係	本人・その他 ()
	山梨県市町村総合事務組合長 殿			
(目撃者等)	上記交通災害を目撃(現認)し、事実であったことを証明します。			
	年 月 日	住所	氏名	Ⓜ
			被害者との関係	()
	山梨県市町村総合事務組合長 殿			
	上記のとおり加入者の交通災害が発生したことを確認します。			
	年 月 日	市町村長		印
	山梨県市町村総合事務組合長 殿			

(注) 本書を添付して請求した共済見舞金は、入院の区分であるときは9-1等級、実治療日数の区分であるときは9-2等級となります。

裏

(交通事故発生現場略図)