

# 市民交通災害共済見舞金等請求書兼決定書

No

共 済 見 舞 金 等 請 求 書	災害を受けた 会 員	住 所	東大阪市		番 番地	号		
		氏 名			会員証	令和 年度 No	(令和 年 月 日加入)	
	事故発生日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃						
	事故発生場所							
	指定金融機関	金融機関名	支店名	普通 ・ 当座	口座番号	名義人 (カタカナ)		
	<input type="checkbox"/> この事故に関する以後の請求はいたしません。			<input type="checkbox"/> この事故の治療中に重ねて災害を受けておりません。				
	上記のとおり請求し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼 (承諾) します。 (宛先) 東 大 阪 市 長 令和 年 月 日							
	(請求者)		住 所					
			氏 名	(会員との続柄)				
		電 話						
(来庁者)	<input type="checkbox"/>	請求者本人	<input type="checkbox"/>	請求者以外 (「請求者」以外にチェックの場合は下記↓に記入)				
住 所								
氏 名		電 話		請求者との関係				
※職 員 記 入 欄	添付 (確認) 書類	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> 交通事故現認書 <input type="checkbox"/> 診断書等 <input type="checkbox"/> 会員証 (写) <input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書等 <input type="checkbox"/> 死亡診断書または死体検案書 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 本人確認書類 : マ・免・住・旅・保・特永・在留・その他 ( )					確 認 者 <sup>Ⓔ</sup>	

共 済 見 舞 金 等 決 定 書	決 裁	課 長	総括主幹	主 査	主 任	担 当	起 案	令和 年 月 日		
							決 裁 (支給)	令和 年 月 日 (令和 年 月 日支給)		
	交通災害共済見舞金等について、次のとおり決定してよろしいか									
	災害を受けた 会 員	住 所	東大阪市		氏 名	会 員 証	令和 年度 No			
	共 済 見 舞 金	治療期間 及 実治療の 日 数	治 療 期 間				実治療日数	通算日数		
			①令和 年 月 日～令和 年 月 日				日	日		
			②令和 年 月 日～令和 年 月 日				日			
	③令和 年 月 日～令和 年 月 日				日					
	支 区 給 分	<input type="checkbox"/> 特1級 <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級 <input type="checkbox"/> 4 級 <input type="checkbox"/> 5 級 <input type="checkbox"/> 6 級 <input type="checkbox"/> 7 級 <input type="checkbox"/> 8 級 <input type="checkbox"/> 9 級 <input type="checkbox"/> 10級								
		支給金額					0	0	0	0 円
入 院 付 加 金	入院日数	入 院 期 間				入院日数	通算日数			
		①令和 年 月 日～令和 年 月 日				日	日			
		②令和 年 月 日～令和 年 月 日				日				
③令和 年 月 日～令和 年 月 日				日						
支給区分	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> なし		支給金額	¥		0	0	0	0 円	