

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				
		氏 名			会員証	令和 年度 No	
	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 checked="" type="checkbox"/>	この事故に関する以後の請求はいたしません。			<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	請求者本人	<input checked="" 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・旅・特永・在留・その他 ()					
確認者 [㊞]							

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 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 円		