

共 済
障がい
遺 児

長野県民交通災害共済

見舞金請求書

(市控用)

請求年月日 令和 年 月 日
会員証番号 (加入 年 月 日)
事故発生日時 平成 年 月 日 午前 時 分頃
現住所 (〒 -) TEL ()
世帯主氏名
受取人 フリガナ 氏名 生年月日
死亡者続柄
死亡者続柄 (遺児との続柄)
死亡者続柄 (遺児との続柄)

◎見舞金受取先は、受傷者（未成年の場合は親権者、死亡の場合は受取人）の口座としてください。

捨印

事故当時の受傷者の状態及び過失の有無（虚偽の申告があった場合は見舞金の返金を求めることがあります。）該当に☑・記入する

運転 □無免許 □酒気帯び □統合失調症、てんかん、認知症 □麻薬等の薬物使用 □犯罪行為 □スピード違反 □居眠り □センターラインオーバー
同乗 □運転者が（無免許・酒気帯び・統合失調症等・麻薬等薬物使用・犯罪行為） □自転車・原付の二人乗り □シートベルト（チャイルドシート）ヘルメット非着用
歩行 □信号無視 □踏切・線路進入 □道路に横たわる
共通 □その他重大な過失（ ） □いずれにも該当しない

- 添付書類 1 人身事故扱いの交通事故証明書 5 死亡診断書
2 物件事故扱いの交通事故証明書 6 戸籍謄本等
3 交通事故申立書 7 障がいに係る診断書
4 診断書 8 身体障害者手帳等（写）

傷害の程度 死亡・傷害（ 日） 支給制限 障がい 1・2・3
見舞金認定額 級（身障 1・2・3 級、精神、遺児） 円

Table with columns for decision authority, injury level, amount, and official stamp/signature area.