自動車事故費用共済金請求書

山形県火災共済協同組合御中　　請求日:　　年　　月　　日

共済契約者	〒 住所 法人名 氏名　　印

請求書番号	第　　号
請求回数第　　回目（第2回目以降の請求の場合は前回請求書番号第　　号）	
組合員番号	第　　号
代理所名	
代理所番号	

共済契約車両の事故につき、下記の事実と相違ないことを確認し、共済金を請求します。

共済契約証書番号	＊		NO.		車台番号		
被共済自動車登録番号		車種	1. 2. 3. 4. 5. 6		共済金額	万円	
運転者氏名		年齢		契約と関係		共済金請求対象者数	名
事故発生年月日	令和　　年　　月　　日　　時　　分						
事故発生場所							
被害を受けた者の氏名	（契約者側・相手側）		（契約者側・相手側）				
	（契約者側・相手側）		（契約者側・相手側）				
事故発生状況							

共済金の種類		請求金額	備考
死亡事故共済金		円	
後遺障害事故共済金		円	後遺障害別等級第　　級の　　に該当　　%
入通院共済金	入院　　日	円	自　　年　　月　　日　～　至　　年　　月　　日
	通院　　日	円	自　　年　　月　　日　～　至　　年　　月　　日
	入通院共済金合計	円	（通院は実日数）
死亡臨時費用共済金		円	
死亡事故共済金		円	支払限度額（共済金額－死亡臨時費用共済金）
後遺障害事故共済金		円	支払限度額（等級第　　級の　　に該当　　%　　万円）
入通院臨時費用共済金		円	
入通院共済金		円	今回支払限度額（　　円）－臨時費用（ 有 ・ 無 ）
対物事故共済金		円	共済期間内で1回
車両事故共済金		円	共済期間内で1回
総合計		円	

＿＿＿＿＿＿＿＿銀行・信金・信組

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿支店

普通・当座　NO.＿＿＿＿＿＿＿＿

口座名義:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

理事長	常務理事	次長	担当

※共済契約者様と同じ名義のご指定をお願いします。