

市町村交通災害共済加入申込書(兼加入者台帳)

《兼納入済通知書》

岩手県市町村総合事務組合 殿



次のとおり掛金を添えて申し込みます。

(銀行振込口座番号) 岩手銀行本店 (普) 0001989	(口座名義)
(振替口座番号) 02280-7-960430	岩手県市町村総合事務組合
(取りまとめ局) 〒980-8794 仙台貯金事務センター	

納入者氏名	支部一連番号	分類番号(地区名)
世帯主氏名 (ふりがな)		

住所 ※岩手県内の市町村の住民基本台帳に登録されている住所を記載してください。 (〒 -) (TEL - -) 市 町 村	台帳確認
加入者氏名	

加入者氏名	備考
1	※生計同一者に限る 県外就労・県外学生
2	県外就労・県外学生
3	県外就労・県外学生
4	県外就労・県外学生
5	県外就労・県外学生
6	県外就労・県外学生

金額(共済掛金400円×人)	円	支部又は金融機関受付印
共済期間 (年 8 月 1 日 00:00 から (支部又は金融機関受付日が8月1日以後の) 場合は当該受付日の翌日の00:00から 年 7 月 31 日 24:00 まで)		

(注) 1 ボールペンで、太線のわく内だけはっきりと記入してください。
 2 加入者は、岩手県内の市町村の住民基本台帳に登録されていることが必要です。ただし、就労又は大学等での修学のため、岩手県外に居所を移し、岩手県内の市町村の住民基本台帳に登録されていない者であっても、岩手県内の家族と生計を一にしている場合(生活費、学費が常に送金されている場合は加入することができますので、その者については、備考欄の「県外就労」又は「県外学生」のいずれか該当するものを○で囲んでください。

(納入者→金融機関→組合→市町村保管)
 又は(加入申込者→市町村保管)

団体用
市町村交通災害共済加入申込書（兼加入者台帳）

市・町・村	
※事業所No.	—
※学 校No.	—

岩手県市町村総合事務組合 管理者 殿

次のとおり掛金を添えて申し込みます。

		事業所・学校等の		名 称	
				所在地	
				代表者（校長・園長）職氏名	
学年		組		取 扱 者 職 氏 名	TEL () - 内線
加入番号	加 入 者 氏 名		世 帯 主 氏 名 (保 護 者 氏 名)	住 所 (住 民 基 本 台 帳 に 記 録 さ れ て い る 住 所)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

加入 番号	加 入 者 氏 名	世 帯 主 氏 名 (保 護 者 氏 名)	住 所 (住 民 基 本 台 帳 に 記 録 さ れ て い る 住 所)		
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
共 済 期 間	年 月 日 00 : 00から		共 済 掛 金	400円× 人= 円	支部受付印
	年 7 月 31 日 24 : 00まで				

- (注) 1 加入者が世帯主であるときは、世帯主氏名欄には「本人」と記入してください。
2 ※印欄は記入しないでください。

納 入 書



(銀行振込口座番号) 岩手銀行本店 (普) 0001989	(口座名義)
(振替口座番号) 02280-7-960430	岩手県市町村総合事務組合
(取りまとめ局) 〒980-8794 仙台貯金事務センター	

納 入 者 氏 名
世 帯 主 氏 名
(ふりがな)

住 所 ※岩手県内の市町村の住民基本台帳に記録されている住所を記載してください。

(〒 -) (TEL - -)

市
町
村

加 入 者 氏 名	備 考	
	※生計同一者に限る	
1	県外就労・県外学生	
2	県外就労・県外学生	
3	県外就労・県外学生	
4	県外就労・県外学生	
5	県外就労・県外学生	
6	県外就労・県外学生	

金額(共済掛金400円×人)	円	金融機関受付印
共 済 期 間	年 8 月 1 日 00 : 00 から (金融機関受付日が8月1日以後の場合は) 当該受付日の翌日の 00 : 00 から 年 7 月 31 日 24 : 00 まで	

(納入者→金融機関保管)

市町村交通災害共済加入者証（兼領収書）



(銀行振込口座番号) 岩手銀行本店 (普) 0001989	(口座名義) 岩手県市町村総合事務組合
(振替口座番号) 02280-7-960430 (取りまとめ局) 〒980-8794 仙台貯金事務センター	

納入者氏名	支部一連番号	分類番号(地区名)
世帯主氏名 (ふりがな)		

住所 (岩手県内の市町村の住民基本台帳に記録されている住所) (〒 -) (TEL - -) 市 町 村	台帳確認
--	------

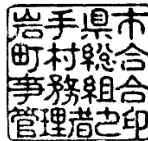
加入者氏名	備考	
	※生計同一者に限る	
1	県外就労・県外学生	
2	県外就労・県外学生	
3	県外就労・県外学生	
4	県外就労・県外学生	
5	県外就労・県外学生	
6	県外就労・県外学生	

金額(共済掛金400円×人)	円	支部又は金融機関受付印	(受付印のないものは無効です。)
共済期間 年 8 月 1 日 00:00 から (支部又は金融機関受付日が8月1日以後の) 場合は当該受付日の翌日の00:00から 年 7 月 31 日 24:00 まで			

市町村交通災害共済条例の規定に基づき加入したものであることを証する。

岩手県市町村総合事務組合 管理者

加入承認印



(納入者→金融機関→納入者保管)
又は(加入申込者→市町村→加入申込者保管)

[約 束 事 項]

- 1 共済見舞金の支払いの対象となる「交通災害」とは、日本国内において、自動車、バイク及び自転車などの交通に伴う道路(一般公道及び不特定多数の車両及び人が自由に往来できる一般交通の用に供している場所…道路交通法第2条第1項第1号に規定する道路)上での事故により死傷したとき又は踏切などで電車や汽車にひかれて死傷したときです。ただし、交通災害の原因が①無免許又は酒気帯び運転(その事実を知らずながら同乗した場合を含む。)、②自殺などの加入者の故意によるもの③犯罪行為中のもの④天災に直接起因したもの — の場合は共済見舞金の支払いの対象になりません。また、歩行中の転倒事故、歩行者同士の事故、車いすの単独(相互)事故及び飛行機による事故で死傷した場合は交通災害に該当しません。
- 2 交通災害にあったときは、ただちに最寄りの警察署(交番等)に必ず届出をしてください。①届出を怠ったために交通事故証明書が得られないときは、共済見舞金が20%減額されることがあります。このほか、②重大な過失があったときも共済見舞金が20%減額されます。更に、①及び②のいずれにも該当した場合は、共済見舞金が40%減額されることがあります。
- 3 共済期間中の交通災害であれば、災害にあった都度、請求に基づき共済見舞金をお支払いしますので、加入者証に記載の住所地の市役所(町村役場)で手続きをしてください。
- 4 共済見舞金の請求には、請求書、加入者証、交通事故証明書(交通事故証明書がない場合は交通事故申立書)及び医師の診断書が必要です。(請求書、交通事故申立書及び医師の診断書の用紙は、市役所(町村役場)の窓口に備えて付けているものを使用してください。
なお、交通事故証明書交付申請手数料及び診断書料は、請求者の自己負担となります。また、交通事故証明書及び診断書は、保険会社等において自賠責保険等の請求に使用したものの写しに原本証明がされたもの(診断書につきましては、受傷年月日、受傷原因、入院期間、通院日等が明記されている必要があります。)に代えることができます。
- 5 共済見舞金の請求は、交通災害を受けた日から2年以内に限り。ただし、交通災害にあった日から2年以内に交通災害の程度が、前回請求のときの診断より重くなった場合は、共済見舞金の差額をお支払いします。この場合の請求期間は、交通災害を受けた日から3年以内に限り。また、
- 6 共済見舞金の額は次のとおりです。ただし、傷害の場合は、共済見舞金の額が20,000円に満たない場合は20,000円とし、300,000円を超える場合は300,000円を限度としてお支払いします。

交通災害の程度		共済見舞金額
死 亡		1,100,000円
自動車損害賠償保障法施行令における第1級、第2級の後遺障害又は身体障害者福祉法施行規則における1級の身体障害		1,100,000円
傷 害	入 院 1日につき	2,000円
	通 院 1日につき	1,000円

- 7 交通災害の原因が1の①、②及び③のため共済見舞金が支払われなかったものうち、死亡の場合は死亡弔慰金、自動車損害賠償保障法施行令における第1級、第2級の後遺障害又は身体障害者福祉法施行規則における1級の身体障害に該当した場合は障害見舞金(以下「弔慰金等」という。)として、それぞれ100,000円をお支払いします。弔慰金等の請求は、交通災害を受けた日から2年以内に限り。また、
- 8 加入者である父又は母が、交通災害(1の④の場合を除く。)により死亡した場合又は自動車損害賠償保障法施行令における第1級、第2級の後遺障害若しくは身体障害者福祉法施行規則における1級の身体障害に該当した場合は、その者と生計を一にしていた18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子(日本国内に居住するものに限る。)に交通遺児等年金を給付します。年金の額は遺児等1人につき年額60,000円です。交通遺児等年金の給付申請は、給付事由発生の日から2年以内に限り。また、
- 9 予約加入をした後、加入者が共済期間開始前に死亡した場合若しくは加入の取消しを申し出た場合又は同一人が共済期間中に重複して加入した場合は、共済掛金を還付しますので、加入者証に記載の住所地の市役所(町村役場)へ連絡してください。
- 10 上記1～9以外のものについては市町村交通災害共済条例の規定が適用されます。

団体用
市町村交通災害共済加入者証（兼領収書）

市・町・村	
※事業所No.	—
※学 校No.	—

学年	加入者氏名	組	取扱者職氏名	事業所・学校等の		TEL () 内線
				名称	所在地	
加入番号	加入者氏名		取扱者職氏名	世帯主氏名 (保護者氏名)	住所（住民基本台帳に記録されている住所）	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

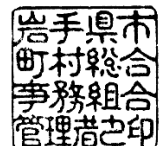
加入番号	加入者氏名	世帯主氏名 (保護者氏名)	住所 (住民基本台帳に記録されている住所)		
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
共 済 期 間	年 月 日 00:00から		共 済 掛 金	400円× 人= 円	支部受付印
	年 7 月 31 日 24:00まで				

(ものは無効です。
支部受付印のない)

市町村交通災害共済条例の規定に基づき加入したものであることを証する。

岩手県市町村総合事務組合 管理者

加入承認印

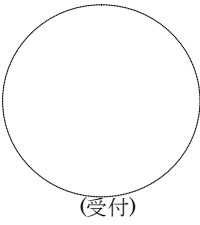


[約 束 事 項]

- 1 共済見舞金の支払いの対象となる「交通災害」とは、日本国内において、自動車、バイク及び自転車などの交通に伴う道路（一般公道及び不特定多数の車両及び人が自由に往来できる一般交通の用に供している場所…道路交通法第2条第1項第1号に規定する道路）上での事故により死傷したとき又は踏切などで電車や汽車にひかれて死傷したときです。ただし、交通災害の原因が①無免許又は酒気帯び運転（その事実を知らずながら同乗した場合を含む。）②自殺などの加入者の故意によるもの③犯罪行為中のもの④天災に直接起因したもの-の場合は共済見舞金の支払いの対象になりません。また、歩行中の転倒事故、歩行者同士の事故、車いすの単独（相互）事故及び飛行機による事故で死傷した場合は交通災害に該当しません。
- 2 交通災害にあったときは、ただちに最寄りの警察署（交番等）に必ず届出をしてください。①届出を怠ったために交通事故証明書が得られないときは、共済見舞金が20%減額されることがあります。このほか、②重大な過失があったときも共済見舞金が20%減額されます。更に、①及び②のいずれにも該当した場合は、共済見舞金が40%減額されることがあります。
- 3 共済期間中の交通災害であれば、災害にあった都度、請求に基づき共済見舞金をお支払いしますので、加入者証に記載の住所地の市役所（町村役場）で手続きをしてください。
- 4 共済見舞金の請求には、請求書、加入者証、交通事故証明書（交通事故証明書がない場合は交通事故申立書）及び医師の診断書が必要です。（請求書、交通事故申立書及び医師の診断書の用紙は、市役所（町村役場）の窓口にて備え付けているものを使用してください。）
なお、交通事故証明書交付申請手数料及び診断書料は、請求者の自己負担となります。また、交通事故証明書及び診断書は、保険会社等において自賠責保険等の請求に使用したものの写しに原本証明がされたもの（診断書につきましては、受傷年月日、受傷原因、入院期間、通院日等が明記されている必要があります。）に代えることができます。
- 5 共済見舞金の請求は、交通災害を受けた日から2年以内に限り、ただし、交通災害にあった日から2年以内に交通災害の程度が、前回請求のときの診断より重くなった場合は、共済見舞金の差額をお支払いします。この場合の請求期間は、交通災害を受けた日から3年以内に限り、
- 6 共済見舞金の額は次のとおりです。ただし、傷害の場合は、共済見舞金の額が20,000円に満たない場合は20,000円とし、300,000円を超える場合は300,000円を限度としてお支払いします。

交通災害の程度			共済見舞金額
死 亡			1,100,000円
自動車損害賠償保障法施行令における第1級、第2級の後遺障害又は身体障害者福祉法施行規則における1級の身体障害			1,100,000円
傷 害	入 院	1日につき	2,000円
	通 院	1日につき	1,000円

- 7 交通災害の原因が1の①、②及び③のため共済見舞金が支払われなかったもののうち、死亡の場合は死亡弔慰金、自動車損害賠償保障法施行令における第1級、第2級の後遺障害又は身体障害者福祉法施行規則における1級の身体障害に該当した場合は障害見舞金（以下「弔慰金等」という。）として、それぞれ100,000円をお支払いします。弔慰金等の請求は、交通災害を受けた日から2年以内に限り、
- 8 加入者である父又は母が、交通災害（1の④の場合を除く。）により死亡した場合又は自動車損害賠償保障法施行令における第1級、第2級の後遺障害若しくは身体障害者福祉法施行規則における1級の身体障害に該当した場合は、その者と生計を一にしていた18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子（日本国内に居住するものに限る。）に交通遺児等年金を給付します。年金の額は遺児等1人につき年額60,000円です。交通遺児等年金の給付申請は、給付事由発生の日から2年以内に限り、
- 9 予約加入をした後、加入者が共済期間開始前に死亡した場合若しくは加入の取消しを申し出た場合又は同一人が一共済期間に重複して加入した場合は、共済掛金を還付しますので、加入者証に記載の住所地の市役所（町村役場）へ連絡してください。
- 10 上記1～9以外のものについては市町村交通災害共済条例の規定が適用されます。

(組合) 決定・支出命令					(支部) 決定・支出命令			支出執行	
事務局長	次長	課長	課長補佐	発議者	支部長	課長	発議者	出納員	発議者
<h2 style="margin: 0;">共済見舞金請求書</h2>								年度第 号	 (受付)
								・ ・ 交付	

市町村交通災害共済条例の規定に基づき、関係書類を添えて共済見舞金を請求します。 年 月 日 岩手県市町村総合事務組合管理者 殿							添付書類 1 加入者証 2 交通事故証明書 3 交通事故申立書 4 医師の診断書等 5 戸籍謄本 6 生計同一関係申立書 7 委任状 8 印鑑登録証明書 9 その他 ()				
請求者	住所	〒 電話 () -							氏名	(フリガナ) 氏名 () 被災者との関係 ()	
	見舞金の振込先 (請求者名義の預金口座)	銀行・信金 (店番) 支店支所 農協・県信連 支店支所 労金・信漁連 支店支所 口座番号 普・当 No.									
災害を受けた加入者	現在の住所 (請求者と同じ場合記入不要)						加入年度	年度			
	氏名	(歳)					加入者証の支部一連番号				
	被印 災時 の状 況に 関し て○ を記 入し てく ださ い。	1 自動車等を運転中 2 自動車等に同乗中 3 軽車両(自転車等)を運転中 4 歩行中 5 その他 ()	左欄で1～2に○をした場合、その車両の運転者について記入してください。 左欄で1～3に○をした場合、その車両の運転者について記入してください。 左欄で2に○をした場合で、その車両の運転者が無免許又は酒気帯び運転だった場合					その車両を運転するのに必要な運転免許 (有・無) 酒気帯び (有・無) その事実を(知っていた・知らなかった)			
事故の状況	(交通事故申立書を添付する場合記入不要)										

査定・決定欄						決定年月日	年 月 日	
						決定番号	-	
交通災害の程度	傷害	死亡・自賠法施行令第1級、第2級の後遺障害 身障福祉法施行規則の1級の身体障害	請求治療日数 ア	同一事故で既に支払を受けた日数 イ	合計日数 ウ(ア+イ)	金額 1,100,000円 (ウ×単価)	支払対象額を制限した場合の理由	
		入院	日	日	日	(単価2,000円)	条例第10条第2項(一部を支払わない) <input type="checkbox"/> 1号 加入者の自己の重大な過失 <input type="checkbox"/> 2号 警察署等への事故の届出を怠ったこと 〔減額、1号及び2号のいずれにも該当した場合は20%〕 は40%減額 1号又は2号のいずれかに該当した場合は20%	
		通院	日	日	日	(単価1,000円)		
		計	日	日	日			
	支払対象額(A又はB) (上記Bの額が300,000円を超える場合は300,000円とする。)							
条例第10条の規定による減額(C×20%又は40%)						D円		
同一事故で既に支払を受けた額						E円		
支払決定額(C-(D+E)) (初回請求に限り20,000円に満たないこととなる場合は20,000円とする。)						F円	支払額累計(E+F)円	
付記								

(注) 請求される方は、太線の中だけを記入してください。
 太線内の「自動車等」には自動車、自動二輪車、原動機付自転車などが含まれます。

交 通 事 故 申 立 書

次のとおり交通事故により災害を受けたことを申し立てます。 年 月 日 岩手県市町村総合事務組合管理者 殿		
申立人	住所	電話（ ） —
	氏名	㊞ 被災者との関係（ ）
災害を受けた加入者	住所 <small>（申立人と同じ場合記入不要）</small>	
	氏名	
事故の状況等	事故発生日時	年 月 日 午 前後 時 分頃
	事故発生場所	
	（相手方があるときは、その方の住所、氏名も記入してください。）	
交通付できない証明書の理由		
目撃者	上記の事故を目撃し、この申立てに相違ないことを証明します。	
	住所	電話（ ） —
	氏名	㊞

診 断 書（証明書）

氏 名		生年月日	年 月 日（ 歳）																													
受 傷 年月日	年 月 日																															
受傷の 原 因																																
傷病名																																
入院治療	年 月 日から 年 月 日まで																															
通院治療	通院日に○印を付け、通院日数を記入してください。																															
	計																															
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
合計																																日
転 帰	年 月 日 治ゆ・継続・中止・転医・その他（ ）																															
上記のとおり診断(証明)します。 年 月 日 住 所 機関名 電 話 医師（柔道整復師）氏名																																

障 害 診 断 書

氏 名	(歳)	受 傷 年月日	年 月 日
受傷の 原因			
傷 病 名 及 び 障 害 の 程 度			
症状固定又は障害 確定（推定）年月日	年 月 日		
障害の	自動車損害賠償保障法施行令別表第1若しくは別表第2に掲げる後遺障害に	・該当する (級 号相当) ・該当しない	
程 度	身体障害者福祉法施行規則別表第5号身体障害者障害程度等級表に掲げる障害に	・該当する (級相当) ・該当しない	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所.....</p> <p style="text-align: center;">機関名.....</p> <p style="text-align: right;">電話.....</p> <p style="text-align: right;">医師氏名.....⑩</p>			

生計同一関係申立書

災害を受けた加入者の死亡（又は第1級、第2級の後遺障害若しくは1級の身体障害に該当した）当時における生計同一関係は、下記のとおりであったことを申し立てます。

年 月 日

岩手県市町村総合事務組合管理者 殿

申立人 住所.....

氏名.....⑩

記

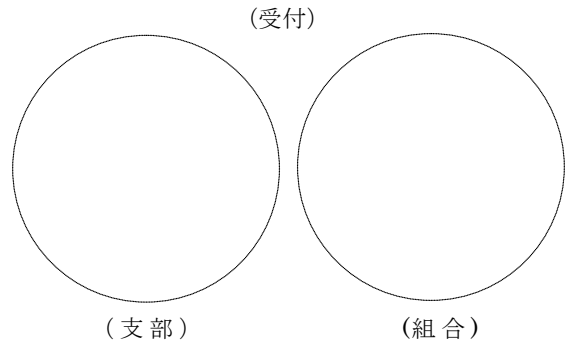
① 災害を受けた加入者と生計を一にしていた者の有無	有 ・ 無
---------------------------	-------

氏名	生年月日	加入者との関係	同居別居の別	住所 (同居の場合記入不要)
(災害を受けた加入者)		本人	/	/
②			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	

(上記②で別居していた方がいた場合その理由を記入してください。)

- (注) 1 この申立書は、共済見舞金を請求される方が記入してください。
- 2 「有・無」及び「同居・別居」の別については、該当するものを○で囲んでください。
- 3 ①の欄で「無」に○をした場合は、②の欄以下の記入は必要ありません。
- 4 ②の欄には、災害を受けた加入者の死亡（又は第1級、第2級の後遺障害若しくは1級の身体障害に該当した）当時、生計を一にしていた方全員の氏名を記入してください。

(組 合) 支 出 命 令	支 出 執 行
事務局長 次長 課長 課長補佐 発議者	出納員 発議者
	年度第 号
	・ ・ 交付



- 死亡弔慰金
 障害見舞金
- 請求書

市町村交通災害共済条例の規定に基づき、関係書類を添えて 死亡弔慰金 障害見舞金 を請求します。

年 月 日

岩手県市町村総合事務組合管理者 殿

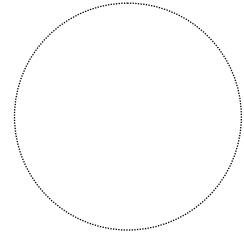
請求者	住 所	〒			電話 () -
	(フリガナ) 氏 名	㊞ 被災者との関係 ()			
	見舞金の振込先 (請求者名義の預金口座)	銀行・信金 農協・県信連 労金・信漁連	(店番) 支店 支所	口座番号 普・当 No.	
災 害 を 受 け た 加 入 者	現在の住所 (請求者と同じ場合記入不要)		加入年度	年度	
	氏 名	(歳)	加入者証の支部一連番号		
	死亡又は障害の確定日	年 月 日	添 付 書 類	1 加入者証 2 交通事故証明書 3 交通事故申立書 4 医師の診断書等 5 戸籍謄本 6 生計同一関係申立書 7 委任状 8 印鑑登録証明書 9 その他 ()	
	共済見舞金が支払われなかった理由	<input type="checkbox"/> 無免許運転 (その事実を知らながら同乗した場合を含む。) <input type="checkbox"/> 酒気帯び運転 (その事実を知らながら同乗した場合を含む。) <input type="checkbox"/> 故意 <input type="checkbox"/> その他 ()			
事故の状況	(交通事故申立書を添付する場合記入不要)				
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>					

査 定 ・ 決 定 欄

弔慰金等の種類	<input type="checkbox"/> 死亡弔慰金 <input type="checkbox"/> 障害見舞金	決定年月日	年 月 日
支払決定額	円	決定番号	年度第 号
死亡弔慰金又は障害見舞金に該当した理由	条例第10号第1項 <input type="checkbox"/> 無免許運転 (その事実を知らながら同乗した場合を含む。) <input type="checkbox"/> 酒気帯び運転 (その事実を知らながら同乗した場合を含む。) <input type="checkbox"/> 故意 <input type="checkbox"/> その他 ()	備考	

(注) 請求される方は、太線の中だけを記入してください。

決 定 ・ 支 出 命 令	支 出 執 行
支 部 長 課 長 発 議 者	出 納 員 発 議 者



(受付)

葬 祭 費 請 求 書

市町村交通災害共済条例の規定に基づき、関係書類を添えて葬祭費を請求します。
 年 月 日
 岩手県市町村総合事務組合管理者 殿

請求者 (葬祭執行者)	住 所	〒			電話 () -	
	(フリガナ) 氏 名	Ⓜ				
	葬 祭 執 行 日 時					
	葬 祭 執 行 場 所					
	葬 祭 費 の 振 込 先 (請求者名義の預金口座)	銀行・信金 農協・県信連 労金・信漁連	(店番) 支店 支所	口座番号	普・当 No.	
災害を 受けた 者	住 所					
	氏 名	(歳)	加入年度	年度		
	死 亡 確 定 日	年 月 日	加入者証 の支部 一連番号			
事 故 の 状 況	(交通事故申立書を添付する場合記入不要)					添 付 書 類
	-----					1 加入者証
	-----					2 交通事故証明書
	-----					3 交通事故申立書
	-----					4 医師の診断書等
-----					5 戸籍謄本	
-----					6 その他	
					()	

査 定 ・ 決 定 欄

決 定 年 月 日	年 月 日
決 定 番 号	年度 第 号
支 払 決 定 額	円
付 記	

(注) 請求される方は、太線の中だけを記入してください。

共済見舞金決定通知書

年 月 日

住 所

氏 名殿

岩手県市町村総合事務組合

印

先般、貴殿より請求のありました共済見舞金について、審査の結果、下記〔支払決定額〕のとおり決定しましたので、通知します。

なお、共済見舞金は、 年 月 日貴殿の預金口座に振込送金します。

記

					決定年月日	年 月 日	
					決定番号	—	
交 通 災 害 の 程 度	死 亡	自賠法施行令第1級、第2級の後遺障害 身障福祉法施行規則の1級の身体障害			A 1,100,000円	支払対象額を制限した場合の理由 〔は40%減額は 1号又は2号のいずれにも該当した場合 は20%〕 <input type="checkbox"/> 1号 加入者の自己の重大な過失 <input type="checkbox"/> 2号 警察署等への事故の届出を怠ったこと 条例第10条第2項（一部を支払わない）	
	傷	区分	請求治療日数 ア	同一事故で既に支払を受けた日数 イ	合計日数 ウ（ア+イ）		金 額 （ウ×単価）
	害	入院	日	日	日		（単価2,000円） 円
	程	通院	日	日	日		（単価1,000円） 円
	度	計	日	日	日		B 円
支払対象額（A又はB） （上記Bの額が300,000円を超える場合は300,000円とする。）					C 円		
条例第10条の規定による減額（C×20%又は40%）					D 円		
同一事故で既に支払を受けた額					E 円		
支払決定額（C－（D＋E）） （初回請求に限り20,000円に満たないこととなる場合は20,000円とする。）					F 円	支払額累計（E＋F） 円	

死亡弔慰金 決定通知書
障害見舞金

年 月 日

住所.....

氏名.....殿

岩手県市町村総合事務組合

管理者

印

先般、貴殿より請求のありました死亡弔慰金 障害見舞金 について審査の結果、下記 [支払決定額] のとおり決定しましたので、通知します。

なお、死亡弔慰金 障害見舞金 は 年 月 日貴殿の預金口座に振込送金します。

記

弔慰金等の種類	<input type="checkbox"/> 死亡弔慰金 <input type="checkbox"/> 障害見舞金	決定年月日	年 月 日
支払決定額	円	決定番号	年度第 号
死亡弔慰金又は 障害見舞金に 該当した理由	条例第10号第1項 <input type="checkbox"/> 無免許運転（その事実を知りながら同乗した場合を含む。） <input type="checkbox"/> 酒気帯び運転（その事実を知りながら同乗した場合を含む。） <input type="checkbox"/> 故意 <input type="checkbox"/> その他（ ）	備考	

葬 祭 費 決 定 通 知 書

年 月 日

住所.....

氏名.....殿

岩手県市町村総合事務組合

印

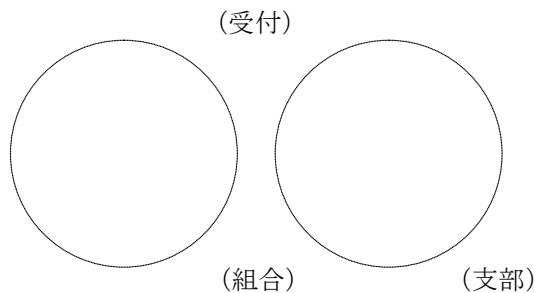
先般、貴殿より請求のありました葬祭費について、審査の結果、下記[支払決定額]のとおり決定しましたので、通知します。

なお、葬祭費は、 年 月 日貴殿の預金口座に振込送金します。

記

決 定 年 月 日	年 月 日
決 定 番 号	年 度 第 号
支 払 決 定 額	円
付 記	

交通遺児等年金申請書 (正)



下記のとおり交通遺児等年金の給付を申請します。

年 月 日

岩手県市町村総合事務組合管理者 殿

保護者住所 〒

(遺児等との関係) (フリガナ) 氏名 () 電話 ()

災害を受けた加入者を受け	住所				添付書類	1 戸籍謄本
	氏名					2 生計同一関係申立書
保護者と生計を一にしている遺児等	氏名	生年月日	住所 (保護者と同じ場合記入不要)	※ 認定・年金証書交付番号		
	①	・		適・否	- -	
	②	・		適・否	- -	
	③	・		適・否	- -	
	④	・		適・否	- -	
	⑤	・		適・否	- -	
⑥	・		適・否	- -		
年金振込先	金融機関名 銀行・信金 農協・県信連 労金・信漁	(店番)	支店 支所	口座番号 普・当 No.		

査定・決定欄

※ 決定年月日	年 月 日	備考
※ 支給開始年月	年 月	
※ 年金額(一人当額)	円 () 円	
※ 初回給付額	年 月から 年 月まで () 人	
	ヶ月間 円	

※印の欄は記入しないでください。

交通遺児等年金証書

証書番号 - -

受給権者

氏名	年 月 日生
住所	
支給開始年月	年 月 (支給年限 年 月)
年金額	年額 円 (月額 円)

保護者

氏名	
住所	
振込先 金融機関	店 口座番号 普・当 No.

市町村交通災害共済条例の規定により、交通遺児等年金を支給します。

年 月 日

岩手県市町村総合事務組合
管理者

印

注意事項

- 1 この年金証書は、交通遺児等年金を受ける権利を有することを証するものですから、大切に保管してください。
- 2 この年金証書を亡失したとき又はひどく損傷したときは、交通遺児等年金証書の再交付の申請をしてください。
- 3 年金は毎年度9月と3月の2回に分けて、月割で支給します。
- 4 次のような場合は、年金の受給権は消滅します。
 - (1) 遺児等が死亡したとき。
 - (2) 遺児等が18歳に達した日以後の最初の3月31日が終了したとき。
 - (3) 遺児等が養子縁組等により両親に養育されることとなったとき。
 - (4) 遺児等が日本国外に転出したとき。
- 5 次のような場合は、異動届に年金証書を添えて手続きをしてください。
 - (1) 受給権が消滅したとき。
 - (2) 遺児等又は保護者が住所、連絡先（電話番号）を変更したとき。
 - (3) 保護者がかわったとき。
 - (4) 年金の振込先金融機関又は口座番号を変更したとき。

※ 手続きは、市役所・町村役場の担当の窓口で行ってください。そのほか、詳しいことは市役所・町村役場又は組合事務局（盛岡市山王町4番1号 電話 019-622-6279）におたずねください。

交通遺児等年金現況報告書

交通遺児等年金の受給権者及び保護者について、下記のとおり報告します。					
年 月 日					
岩手県市町村総合事務組合管理者 殿					
保 護 者	住 所	(〒 —) (TEL — —)		市 町 村	
	氏 名			配偶者の有無	
	遺児等との関係 ⑩ ()			有 ・ 無	
遺 児 等	氏 名	生 年 月 日	住 所 (保護者と同じ場合記入不要)	遺 児 等 の 養 育 状 況	※ 支給の適否
	①	・ ・		養育して いる・いない	適・否
	②	・ ・		養育して いる・いない	適・否
	③	・ ・		養育して いる・いない	適・否
	④	・ ・		養育して いる・いない	適・否
	⑤	・ ・		養育して いる・いない	適・否
備 考					

- (注) 1 この報告書は、保護者の方が記入してください。
- 2 遺児等が、保護者と別居している場合は、別居の理由を備考欄に記入してください。
- 3 受給権の喪失又は住所の異動等があったときは、異動届及び交通遺児等年金証書を添付してください。
- 4 ※印の欄は記入しないでください。

交通遺児等年金給付通知書

年 月 日

(保護者)

.....殿

岩手県市町村総合事務組合
管理者

印

年 月から 年 月までの カ月分の交通遺児等年金を、 年
月 日貴殿の預金口座に振込送金しますので、通知します。

記

遺児等年金送金額 _____円

(給付対象遺児等 _____人)

交通遺児等年金異動届

下記のとおり異動がありますので、お届けします。

年 月 日

岩手県市町村総合事務組合管理者 殿

保護者住所

氏名.....印

異 動 事 由	(該当する事項の□内にレ印)		
	<input type="checkbox"/> 1 受給権の消滅 <input type="checkbox"/> 2 住所、連絡先(電話番号)の異動 <input type="checkbox"/> 3 遺児等年金振込先金融機関の変更 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()		
異 動 者 の 氏 名		異 動 年 月 日	異 動 内 容
		. .	
		. .	
		. .	
		. .	
		. .	
		. .	
備考			

(注) この異動届には、交通遺児等年金証書を添えて提出してください。