

自動車事故費用共済共済金請求書

請求日： 年 月 日

京都府共済協同組合 御中

共 済 契 約 者	〒
	住所
	法人名
	氏名 ㊞
TEL	

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
代理所番号		
代理所名		

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	第	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	契約者との関係	共済金請求対象者数 名
事故発生日	年	月	日	午前・午後 時 分頃
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
	通院 日	円
	入通院共済金合計	円
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)
車両事故共済金	円	共済期間内で1回
総合計	円	

共 済 金 先	振込先	口座番号	フリガナ
	支店	支店	口座名義

普通
当座