

# 自動車事故費用共済支払証明書

京都府共済協同組合 御中

下記事実に相違ないことを、領収書(写)を添えて申告いたします。  
なお、貴組合が本件について照会することを承諾します。

代理所名	⑩
------	---

本書作成日	年 月 日
契約者名	⑩

支 払 内 容		
支払日付	支払金額	支払事由 (領収書のないものは、添付できない理由)
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
合計金額	円	_____

以上のおり支払いましたことを証明します。

備考欄	
-----	--