

(様式第1号) (第2条関係) (複写用)

(市用) 長野県民交通災害共済組合申込書		会員番号
住所 (フリガナ) 世帯主氏名 電話 (.....) -		領 収 印
加入者数 会費1人 400円 × <input style="width: 40px;" type="text"/> 人 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 円		会費合計 <input style="width: 60px;" type="text"/> 円
加入者氏名	指定受取人 (死亡時の見舞金受取人)	市記事欄
1	1人 400円	
2	2人 800円	
3	3人 1,200円	
4	4人 1,600円	
5	5人 2,000円	
6	6人 2,400円	

(様式第1号の2) (第2条関係) (電算打ち出し用)

(市用) 長野県民交通災害共済組合申込書		会員番号
住所		領 収 印
加入者数 会費1人 400円 × <input style="width: 40px;" type="text"/> 人 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 円		会費合計 <input style="width: 60px;" type="text"/> 円
加入者氏名	指定受取人 (死亡時の見舞金受取人)	市記事欄
1		1人 400円
2		2人 800円
3		3人 1,200円
4		4人 1,600円
5		5人 2,000円
6		6人 2,400円
7		7人 2,800円

(様式第2号) (第4条関係) (複写用)

(加入者用)	長野県民交通災害共済組合会員証 (兼領収書)	会員番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>
住所		領 収 印
(フリガナ 世帯主氏名)		
電話 () -		
加入者数 会費合計 会費1人 人 = 円 400円 × <input style="width: 40px;" type="text"/>		
加入者氏名		指定受取人 (死亡時の見舞金受取人)
1		
2		
3		
4		
5		
6		

(様式第2号の2) (第4条関係) (電算打ち出し用)

(加入者用)	長野県民交通災害共済組合会員証 (兼領収書)	会員番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>
住所		領 収 印
加入者数 会費合計 会費1人 人 = 円 400円 × <input style="width: 40px;" type="text"/>		
加入者氏名		
1		1人 400円
2		2人 800円
3		3人 1,200円
4		4人 1,600円
5		5人 2,000円
6		6人 2,400円
7		7人 2,800円

(様式第3号) (第2条関係)

甲 表

長野県民交通災害共済組合団体加入申込書						(市用)	
加入申込年月日			会員番号	記号	番号		
年 月 日							
※	①	義務教育終了前	住 所	市			
	②	障がい者・生活保護受給者等の公費負担					
	③	上記1及び2以外	校・園・所名				
学級又は組名 (1 の場合)							
取扱代表者氏名							
加入者総数			名 (氏名乙表のとおり)				
会費	会費 (1人 円) ×	人	記事			会費領収印	
	総額	円					

※1～3の該当の番号に丸印をすること。

- 1は、長野県民交通災害共済条例施行規則第2条第2項に該当するもの
- 2は、同条第3項に該当し、かつ、会費が公費負担によるもの
- 3は、同条第3項に該当する2以外のもの

乙 表 加入者氏名一覧

住所 (市名は省略)	加入者氏名	生年月日	親権者又は指定受取人	記事欄
		年 月 日		

- (注意) 1 会員の期間は、申込みの翌日から当該年度の3月31日までです。ただし、次の年度の会員になるために申込みをした場合の始期は、新年度4月1日です。
- 2 加入者氏名欄の余白には斜線を引いてください。
- 3 「指定受取人」とは、受傷者が死亡した場合の見舞金受取人です。
- 4 乙表は、本表に準じた名簿の提出をもって代えることができます。

(様式第4号) (第4条関係)

甲 表

長野県民交通災害共済組合団体加入会員証 (兼領収書)					
加入申込年月日		会員番号	記号		番号
年 月 日					
※	①	義務教育終了前	住 所	市	
	②	障がい者・生活保護受給者等の公費負担			
	③	上記1及び2以外	校・園・所名		
学級又は組名 (1 の場合)					
取扱代表者氏名					
加入者総数			名 (氏名乙表のとおり)		
会費	会費 (1人 円) ×	人	記事		会費領収印
	総額	円			

※1～3の該当の番号に丸印をすること。

- 1は、長野県民交通災害共済条例施行規則第2条第2項に該当するもの
- 2は、同条第3項に該当し、かつ、会費が公費負担によるもの
- 3は、同条第3項に該当する2以外のもの

乙 表 加入者氏名一覧

住所 (市名は省略)	加入者氏名	生年月日	親権者又は指定受取人	記事欄
		年 月 日		

- (注意) 1 会員の期間は、申込みの翌日から当該年度の3月31日までです。ただし、次の年度の会員になるために申込みをした場合の始期は、新年度4月1日です。
- 2 加入者氏名欄の余白には斜線を引いてください。
- 3 「指定受取人」とは、受傷者が死亡した場合の見舞金受取人です。
- 4 乙表は、本表に準じた名簿の提出をもって代えることができます。

(様式第5号) (第6条関係)

共済
障がい
遺児

長野県民交通災害共済 見舞金請求書

(共済組合提出用)

請求年月日	年 月 日		見舞金受取先 (銀行) (金庫) (組合) (農協) 店 普通口座 口座番号 フリガナ 口座名義
会員証番号	(加入 年 月 日)		
事故発生日時	年 月 日	午前 時 分頃 午後	
現住所	(〒 -) TEL ()		
世帯主氏名			
受傷者	フリガナ		
	氏名	自署の場合は押印省略可 (印)	
	生年月日	大正 平成 昭和 令和 年 月 日	
受傷者が未成年の場合	フリガナ		
	親権者	自署の場合は押印省略可 (印)	
受傷者が死亡の場合	受取人	住所 (〒 -) 受傷者と同じ場合は省略可	
		フリガナ	死亡者との続柄
	氏名	自署の場合は押印省略可 (印)	(遺児との続柄)
死亡者に遺児がある場合	遺児氏名	生年月日	年 月 日 (歳)

◎見舞金受取先は、受傷者へ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。

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	
同乗	
歩行	
共通	

- | | | | |
|------|-----------|---------------|-------------------|
| 添付書類 | 1 交通事故証明書 | 4 死亡診断書 | } 死亡見舞金及び遺児見舞金の場合 |
| ○で囲む | 2 交通事故申立書 | 5 戸籍謄本等 | |
| | 3 診断書 | 6 障がいに係る診断書 | } 障がい見舞金の場合 |
| | | 7 身体障害者手帳等(写) | |

見舞金認定額	共済 級	円	共済見舞金	障がい見舞金	遺児見舞金
	障がい 級		死亡	身障1級	遺児
	遺児		入院()日	身障2級・精神1級	
			通院()日	身障3級	

組合決定欄	決裁権者	係	担当者	市担当者

(参考) 見舞金の種類・等級	災害の程度等		金額(千円)	災害の程度等		金額(千円)		
	1級	死亡	1,000	共済見舞金	8級	30日~39日	50	
	2級	入院60日以上	300		9級	20日~29日	40	
	3級	入院30日以上	200		10級	10日~19日	30	
	4級	入院10日以上	100		11級	5日~9日	25	
	5級	60日以上	80		12級	2日~4日	20	
	6級	50日~59日	70		障がい見舞金	1級	身障1級	400
	7級	40日~49日	60		2級	身障2級・精神1級	300	
				3級	身障3級	200		
					遺児見舞金	300		

見舞金請求について副申

上記請求書のとおり相違がないので見舞金を交付されたい。

年 月 日

(市長名)

印

決定後の処理

支払年月日 決定年月日

2枚複写とし、(市控)には組合決定欄は除き、市役所決定欄のみとする。

市決定欄	課長	課長補佐	係長	係	市担当者

(様式第6号) (第6条関係)

診 断 書

(長野県民交通災害共済組合提出用)

傷病者	住所																																																				
	氏名	男 女	年	月	日生																																																
傷病名																																																					
経過・治療の内容及び今後の見通し (交通事故が原因であることをご記入ください)																												(受傷日	年	月	日)																						
入院治療															(診断日)																																						
自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 (日間)															年 月 日																																						
自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 (日間)															1 治 ゆ																																						
通院治療															(下記通院内訳及び実治療日数合計をご記入ください)																																						
自 年 月 日 ・ 至 年 月 日															2 継 続 3 転 医 4 中 止																																						
通院内訳 (治療を受けるため実際に通院した日を○で囲んでください)																												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																					
実治療日数 合計																												日																									
上記のとおり診断いたします。																																																					
年 月 日																																																					
所在地																																																					
名 称																																																					
医 師 名																																																					
(印)																																																					

見舞金請求者様 診断書の原本を組合へ提出してください。

(様式第7号) (第8条関係)

見舞金決定及び支払通知書				(郵便はがき)	
依頼日	年 月 日	No.		長野県庁内局 料金後納 郵便	
見舞金の種類					
見舞金額	円				
受傷者氏名	様				
振込先	(金融機関名)		(支店名)		〒 様
	預金種別		口座番号		
	様				
<p>このたび、交通災害を受けられましたことを心からお見舞い申し上げます。 上記口座へ見舞金を送金申上げましたのでお受け取りください。</p> <p>[見舞金と税との関係] 所得税—課税対象とはなりません。 相続税—死亡した場合のご遺族に支給される見舞金は課税対象となります。非課税限度額など詳しくは税務署へお問い合わせください。</p>					
長野県民交通災害共済組合 〒380-0871 長野市西長野自治会館内 電話 026-234-3611					