

コミュニティ活動補償制度費用保険保険金請求書 兼 事故証明書

日新火災海上保険株式会社 御中

下記事故について、鈴鹿市災害補償制度に従い、鈴鹿市が支給する災害補償金について貴社指示の必要書類添付の上、保険金を請求します。保険金は添付の「鈴鹿市災害補償制度災害補償金等請求書」に記載されている口座へお支払いください。保険金が支給対象者に振込まれる場合は、災害補償金等の支給は口座への振込をもって終了したものとします。

ご請求日 年 月 日

二重線枠内は被害者の方は記入しないで下さい。

保険金請求者(自治体名) 鈴鹿市長

印

ご担当者

連絡先

鈴鹿市災害補償制度災害補償金等請求書(兼個人情報取り扱い同意書・医療照会同意書)

鈴鹿市 御中

下記事故について鈴鹿市災害補償制度に従い、災害補償金を請求いたします。災害補償金等は下記支払指図の通りお支払い下さい。災害補償金は口座への振込をもって受領したものと認めます。なお鈴鹿市または日新火災海上保険株式会社に被害者の傷病内容や治療内容等に関し、病院等に照会または記録等を取り付けることに同意します。また本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。鈴鹿市が事故の調査に際して、下記情報を必要な範囲で日新火災海上保険株式会社に提供することについて同意します。また、日新火災海上保険株式会社の「お客様情報の取り扱いに関するご案内」に記載の個人情報に関する取り扱いについて同意します。

* 災害補償金の支給額が10万円を超える場合には別途診断書・証明書等の書類が必要となります。

事故内容	事故日 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	被害者(フリガナ)…ケガなどをされた方	生年月日 年 月 日(才)
	災害補償金請求者(フリガナ)…被害者が未成年者等の場合は親権者となります。	被害者とのご関係 本人 親権者 相続人 その他()
	災害補償金請求者住所(フリガナ)	お電話
	事故発生場所	
	事故状況(事故原因、状況、受傷程度等)	市民活動の内容
上記事故について相違ありません。		(目撃者がいる場合) 印

治療内容	病院名	通院治療													計						
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	日	
	TEL	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日			
	傷病名(けがの部位・症状)(例:「右手首の骨折」のようにご記入下さい。)	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	日
		月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日			
	入院治療 日間(うち外泊日数 日)	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	日
	年 月 日～ 年 月 日	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日			
	手術 有り 無し 「有り」の場合その内容	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	日
	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日				
ギブス固定	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	日	
年 月 日～ 年 月 日	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日				
その他固定器具()	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	日	
年 月 日～ 年 月 日	月	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日				

災害補償金等支払指図	(フリガナ) 銀行 (フリガナ)							支店
		信用金庫						
		信用組合						
	預金種目	普通	当座	店番				-
	口座番号							-
	ゆうちょ銀行	通帳記号	1			0	-	
	通帳番号						1	
	(フリガナ)							
	口座名義							

保険会社支払手続確認チェック欄 自治体担当者名()確認日(年 月 日)確認方法() 担当者印