|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 分類番号 |  |

年　　月　　日

農業者労働災害共済金請求書

坂井市長　　様

　　　　対象者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）　　　　　　　　　　　氏名（名 称）

先に届け出た共済事故は、

□ 傷病が治癒したので、

□ 療養を中止したので、

□ 治癒してなお身体に障害が残ったので、　次のとおり報告し、

□ 対象者が死亡したので、　　　　　　　　　　　　　　共済金を請求します。

□ 共済給付の請求期間が終了したので、

* いずれかに✓を入れてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | （　　歳） | | | | | | | | |
| 共済金請求額 | 円 | | | | | | | | |
| 治癒の見込み  （療養継続の場合にのみ記入） |  | | | | | | | | |
| 共済金振込先口座  （対象者本人の口座に限る） | 金融機関名 | | | | | | | | 預金種別 |
| 農 協  銀 行  信 金  (　 　) | | | | | | | 本 店  支 店  (　 　) | 普通  当座 |
| 口座番号(左詰めで記入) | | | | | | | 口座名義（カタカナ） | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |

※　添付書類

農業者労働災害共済金請求用診断書（様式第５号。死亡の場合は死亡診断書とする。）

　 医療費請求書又は領収書（保険対象、治療日の分かるもの）

その他市長が必要と認めたもの