

(様式第3号)

災害見舞金請求書兼個人情報  
の取扱いに関する同意書

市 町 名	
加入者番号	

事故発生日時	年 月 日	午前 午後	時 分
事故発生場所	都道 市 町 番地 府県 郡 村 道上		
事故の状況 (詳しくご記入ください。)			
.....			
.....			
.....			
.....			
災害を受けた加入者氏名		災害の程度	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 傷害 (治療実日数) 日
備考			
上記のとおり災害の程度が確定 (治癒) したので、下記の同意事項に同意し、災害見舞金を請求します。 年 月 日 住 所 請求者氏名 印 電話番号 加入者との続柄  愛媛県市町総合事務組合長 殿			

印

【同意事項】本組合(支部を含む。)が災害見舞金請求に関する個人情報を、災害見舞金支払いに必要な範囲で、医療機関、災害見舞金請求・支払いに関する関係先に提供を行い、またはこれらの者から提供を受け、利用及び登録することに同意します。

( 調 査 及 び 査 定 )

調査事項	災害を受けた加入者が自ら車両等を運転していた場合	免許証の有無 有 ・ 無	飲酒運転の有無 有 ・ 無
支 部 長	災害の程度を別表により		交通事故証明書又はこれに準ずる証明書有り 千円
査 定	査定する場合の等級・金額	等級	上記の証明書無し (見舞金は2分の1の額) 千円
上記のとおり確認したので、災害見舞金を支払われるよう副申します。 年 月 日 支部長 市 町 印			

組 合 長	事務局長	次 長	課 長	回 議	起 案 者
					印
立案	年 月 日	施行	年 月 日	浄校	
他覚症状で支給の有無	有 ・ 無	事故日	. . . . .	199日到達日	. . . . .
次のとおり決定いたしたい		等級			千円

【個人情報の利用目的について】

本組合(支部含む。)が取得した個人情報(治療の内容、症状の程度を確認するための診断書等の医療情報及び相続人等を確認するための戸籍関連情報を含む。)は、本件事故に係る災害見舞金支払いのために利用するものです。