

全労連共済 御中

交通事故証明等が得られない場合の

### 共済代表者による交通事故・傷害事故発生証明書

被災者 (被共済者)	氏名	西暦 大正 昭和 平成	年	月	日生 (満 歳)
	住所	都・道 府・県	市・区 町・村		
事故発生日時	年 月 日 (午前・午後 時 分頃)				
事故発生場所					
事故の状況 (事故発生状況を 詳しくご記入くだ さい)				現場の見取り図	
受傷後の処置 (病院名、病院電 話番号、病院への 移送方法)					
目撃者の証明	①目撃者がいた		②目撃者がいなかった		
※上記「①目撃者がいた」場合は、下記欄に記入・押印してください。					
上記の事が事実と相違ない事を証明します。 年 月 日					
証明者	住所:〒	氏名:	TEL:		
			◎		
	被害者との関係(例:友人・同僚・親):				
上記の事が事実と相違ない事を確認します。 年 月 日					
共済会名	:		◎		
代表者氏名:			◎		

加入者の皆様の個人情報は、法令等により開示が必要な場合を除き共済業務遂行の目的以外には利用いたしません。