

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	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			
交通事故証明書等を得られなかった理由 (必ず記入してください)							
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(自署)：		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：					