

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 電話
事故発生日時	年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 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)	
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)	
<p>&lt;目撃者の方が記入してください&gt; 目撃者が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない</p> <p>上記の事が事実と相違ない事を証明します。 年 月 日</p> <p>証明者 住所：〒 _____</p> <p>氏名(自署)： _____ 電話： _____</p> <p>被災者との関係： _____</p>	
<p>上記の事が事実と相違ない事を確認します。 年 月 日</p> <p>共済会名： _____ (印)</p> <p>代表者氏名： _____</p>	

目撃者がいない場合は不要です。