

# ロードサービス特約共済金請求書

令和 年 月 日

南九州交通共済協同組合 御中

※太枠内の項目をご記入ください。

組 合 員 名	ご住所
	会社名

㊞

私は、下記ロードサービスの利用についてロードサービス特約共済金を請求します。

ロードサービス利用年月日	年 月 日
特約契約車両登録番号	
ロードサービス提供の種類 ※レ点チェックをお願いします。	<input type="checkbox"/> 事故または故障による走行不能となった場合のレッカー搬送
	<input type="checkbox"/> タイヤパンク時のスペアタイヤ交換
	<input type="checkbox"/> 脱輪または落輪による引上げ
発生場所及び搬送先 ※わかる範囲でご記入いただいて結構です	現 場( )
	搬送先( )

自動車ディーラーからロードサービスの提供を受けた場合、下記の項目をご記入ください。

自動車ディーラー名	
担当者名	
連絡先	

特約共済金の支払い先をご指示ください。

振 込 先 金 融 機 関	銀行・農協		
	信金・信組		支店
	1.普通 2.当座	口座番号	
	フリガナ		
	名義人氏名		
請求金額	円		

※本請求書のご提出時には、ロードサービス費用をレッカー業者等に支払った領収書、レッカー搬送作業の明細書等搬送の事実を証明する客観的書類等を添付してください。