

傷病共済金請求書

第 号

令和 年 月 日

一般社団法人新潟県高等学校PTA安全互助会理事長 様

学 番

学 校 名

PTA会長名



事務取扱者名

一般社団法人新潟県高等学校PTA安全互助会共済規程・共済約款第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり傷病共済金を請求いたします。

記

1. 生徒 第 学年（本年度） ・ 卒業生

氏 名 _____

2. 初回・継続別 ・ 初回 ・ 継続（前回請求日 令和 年 月 日）

3. 災害発生日・学年 令和 年 月 日 第 学年

4. 共済金受入口

金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種類 普通・当座 口座番号 _____

(フリガナ)

Blank box for account details

給付金額（当会記入）

口座名義人

円

- ※ 口座名義人は、預金通帳に記載してあるとおりに記入してください。
- ※ フリガナは必ず記入してください。
- ※ 上記生徒が、請求月の月末時点で18歳であり、かつ口座名義人とは異なる場合
→上記生徒に確認済み （確認済みの場合チェックを入れてください）

5. 添付書類

- (1) スポーツ振興センター「医療費支払通知書」の写し
- (2) 初回の場合は、スポーツ振興センター「災害報告書」の写し
- (3) 継続の場合は、スポーツ振興センター「災害継続報告書」の写し

※ 個人情報の取扱については、当法人の「個人情報保護に関する基本方針」及び「個人情報管理規程」に従うものとします。

※ ご記入いただいた個人情報につきましては、共済契約の管理及び審査、共済金の支払及び当法人の事業のため使用され、それ以外に使用いたしません。