

# 後遺障害共済金請求書

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6条の規定に基づき、下記のとおり後遺障害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. 災害発生日・学年 令和 年 月 日 第 学年

3. 障害等級（スポーツ振興センター障害等級） 障害第 級

4. 共済金受入口座

金融機関名 \_\_\_\_\_ 支店名 \_\_\_\_\_

預金種類 普通・当座 口座番号 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

口座名義人

給付金額（当会記入）

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「障害見舞金支払通知書」の写し
- (2) スポーツ振興センター「災害報告書」の写し
- (3) スポーツ振興センター「障害報告書」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。