様式５

共済金(医療･後遺障害･歯牙欠損･死亡)請求書

令和　　年　　月　　日

（一財）山梨県高等学校安全互助会理事長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 校 名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 課程又は  学部  (○印) | | | ・全日制  ・高等部 | |
| 生徒氏名 | |  | | | | | 性別 |  | | | 発生  年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | 発生  学年 | | 年 |
| 共済金種別  (○印) | | 医　療 | | | 後遺障害 | | | | | | | | 歯牙欠損 | | | | | 死　亡 | | | |
| 保護者住所 | | 〒　　　― | | | | | | | | | | | | | | | 保護者氏名 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 共済金の振込先 | 金 融 機 関 名 | | | | | 金融機関の種類　(○印) | | | | | | | | | | | 支店名 | | | | |
|  | | | | | 銀行 | | | | 信金 | | 組合 | | | | 農協 | 支店 | | | | |
| 預金種目(○印) | | | 普通 | | 当座 | | | 口　座  名義人 | | | | | | (フリガナ) | |  | | | | |
| 口座番号 | |  | | | | | | 氏　　名 | |  | | | | |

＊口座名義人については、フリガナの記入をお願いします。

上記のとおり共済金の支払いを請求いたします。

令和　　年　　月　　日

学 校 名

学 校 長　　　　　　　　　　　　　　　印

【添付書類】

医　　療：「災害報告書」、スポーツ振興ｾﾝﾀｰの「医療費支払通知書」のコピー

後遺障害：「災害報告書」、スポーツ振興ｾﾝﾀｰの「医療費支払通知書」のコピー

歯牙欠損：「歯牙欠損報告書」、スポーツ振興ｾﾝﾀｰの「歯牙欠損見舞金支払通知書」のコピー

死　　亡：「災害報告書」、スポーツ振興ｾﾝﾀｰの「医療費支払通知書」のコピー、「死亡報告書」

＊記入後、学校控えとして写しを一部保存してください。

＊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に使用され、それ以外に使用いたしません。