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。