

年 月 日

一般社団法人沖縄県高等学校安全振興会理事長 殿

学 校 名 \_\_\_\_\_

P T A 会 長 \_\_\_\_\_ 印

校 長 \_\_\_\_\_ 印

後遺障害共済金支払請求書  
(日本スポーツ振興センターの災害共済給付なし)

一般社団法人沖縄県高等学校安全振興会共済約款第21条の定めにより請求いたします。

記

生 徒	課 程 学年組	年 組	課程	氏 名
保 護 者	氏名			
	住所	〒 ( )		
	電話	市外局番 ( ) - 携帯電話 :		
災害発生日時	年 月 日 時			
請 求 額	_____ 円			
共済金振込先 (学校)	銀行 支店 預金 番 口座名義人			
給 付 理 由	※			

(注)①独立行政法人日本スポーツ振興センターが災害給付を行った場合以外の給付で、※の欄に適用外の理由を記載する。  
②災害報告書(様式第18号)、参加要請書、参加許可書、治療証明書(診断書)を添付する。

※本会記入欄

後遺障害共済金	理事長	常務理事	事務局次長	係	記 事
円					
受 理	年 月 日				
送 金	年 月 日				
方 法					

