

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
(保護者・学校職員等用)

一般社団法人沖縄県高等学校安全振興会共済約款第 2 1 条の定めにより請求いたします。

記

保 護 者 学校職員等	氏名			
	住所	〒 ()		
	電話	市外局番 () -	携帯電話 :	
生 徒	氏名		学年	課程 年 組
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 <small>こうぎめいぎにん</small> 口座名義人			
給 付 理 由	※			

- (注) ①生徒がいない学校職員等の場合は生徒名は書かない。
 ②※の欄に給付の理由を記載する。
 ③医師による診断書、災害報告書(様式第19号)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						

