

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

負傷共済金支払請求書

(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21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	自宅： _____ 携帯： _____			
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 口座名義人				
給 付 理 由	※				

(注) ①生徒が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災害報告書(様式第19号)、PTA活動・教育活動の公文、医師による診断書、領収証を添付する。

※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						