様式第９号

第　　　号

 　 　　　　　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

 ＰＴＡ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 | 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 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災害報告書、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 |   |