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 | 自宅： 携帯： |
| 在 籍 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（本人） |  　 　 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（様式第19号）、PTA活動･教育活動の公文、医師による診断書、領収証の写しを添付する。

|  |
| --- |
|  |

※本会記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負 傷 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 |  |