

死亡共済金請求書

第 号
平成 年 月 日

一般財団法人岐阜県高等学校安全振興会理事長 様

学 校 名

校 長 名

印

一般財団法人岐阜県高等学校安全振興会共済規程第19条第3号の定めにより下記のとおり死亡共済金を請求します。

記

生 徒	課 程	・学 年 (年 組) ・卒業生 <small>* 年組は請求時で記載してください。</small>	氏 名
保 護 者	住 所		
	氏 名		
請 求 額	スポーツ振興センター死亡共済金支払通知書 _____ 月分 [医療費支払通知書の] 右上の月を記載してください _____ 円 ・ _____ 円 (スポーツ振興センター支払額) (安全振興会請求額)		
災害発生年月日	平成 年 月 日		

添付書類 (P16 参照)

- スポーツ振興センター「災害報告書」の写し
- スポーツ振興センター「死亡見舞金支払通知書」の写し

※個人情報の取り扱いについては、当法人の「個人情報保護に関する基本方針」及び「個人情報管理規程」に従うものとします。
※ご記入いただいた個人情報につきましては、共済契約の管理及び審査、共済金の支払及び当法人の事業のために使用され、それ以外には使用いたしません。