第９号様式

義 歯 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4号の定めにより下記のとおり義歯共済金を請求します。  　　なお、学校管理下の災害にまちがいありません。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 記 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 生　　　　徒 | | 課　　程 | | | ・学　年（　　年　　組）  ・卒業生  　\* 年組は請求時で記載してください。  　\* 卒業生は○で囲んでください。 | | | | | 氏　名 | | | |
| 保護者 | | 住　　所 | | |  | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | |
| 自費診療費5万円以上10万円未満のとき、請求額3万円  　自費診療費10万円以上のとき、請求額6万円  　自費診療費 　　　　　　　　 円　　　　請求額 　　　　　　　　 円 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | |
| 災害発生時の  年月日・学年 | | 平成　　 年　　 月　　 日 | | | | | | | （高校、小・中学：　　　年）  （特別支援学校　幼・小・中・高　　　年） | | | | |

　添付書類（P16参照）

　　　○自費診療の記載のある領収書の写し

○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「児童生徒別給付一覧」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。 |