第６号様式

傷 病 共 済 金 請 求 書

（平成28年度以降に発生した災害用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　号 | | | | | | | | | | | | | |
| 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1号の定めにより下記のとおり傷病共済金を請求します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |
| 保護者等  新規の場合のみ  記載してください | | 住　　所 | | |  | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | |
| 請求額 | | （１）医療費の総額（食事療養費を除くスポーツ振興センター給付金請求額）  　　　（センター給付決定年月　　　年　　月～　　　年　　月）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 医療費（外来）  医療費（入院） | 点×10＝  点×10＝ | 円  円 | | 装具又は生血 |  | 円 | | 医療費の総額（　　　　　　　　　　　）円 | | |   （２）安全振興会への請求額（一月につき医療費の総額の上限を60万円とする。）  　　医療費の総額（　　　　　　　　　　　）円×８％＝ 　　　　　　　　 円  （小数点以下四捨五入） | | | | | | | | | | | |
| 災害発生時の  年月日・学年 | | 年　　 月　　 日 | | | | | | （高校、小・中学：　　　年）  （特別支援学校　幼・小・中・高　　　年） | | | | | |
| 請求区分 | | 新 規 ・ 継 続 （新規又は継続を○で囲む）  　継続の場合、センター給付決定日（　　　年　　　月分 \* 1 ）まで前回請求済み  　＊上記（　　年　　月 \* 1 ）はスポーツ振興センター「児童生徒別給付一覧」の給付決定日を記入 | | | | | | | | | | | |

　添付書類（P16参照）

　　　○スポーツ振興センター「児童生徒別給付一覧」の写し＜請求の該当部分を赤枠で囲むこと＞

○スポーツ振興センター「災害報告書」の写し

　　　　＜災害報告書は、２回目以降（継続）の請求の場合も添付すること＞

|  |
| --- |
| ※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。 |