

# 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)<br>・卒業生<br>* 年組は請求時で記載してください。<br>* 卒業生は○で囲んでください。 | 氏 名 |
| 保 護 者 等<br>新規の場合のみ<br>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)<br>(センター給付決定年月 年 月～ 年 月)  |   |     |
|  | 医療費 (外来)  | 点×10=   | 円   |
|  | 医療費 (入院)  | 点×10=   | 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<br>(小数点以下四捨五入)  |   |   |     |
| 災害発生時の<br>年月日・学年                         | 年 月 日   | (高校、小・中学： 年)<br>(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)<br>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<br>*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。