

傷病共済金請求書

(平成28年度以降に発生した災害用)

第〇〇〇号

△△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 岐阜県立〇〇〇高等学校

校長名 白鳥健平

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 全日制	・学年(3年2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 岐阜子太郎
保護者 新規の場合のみ 記載してください	住所	岐阜市高山町3丁目2番地1号	
	氏名	岐阜親一郎	
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 H29年4月～ H29年4月)		
	医療費(外来)	2,763点×10=	27,630円
	医療費(入院)	110,839点×10=	1,108,390円
	装具又は生血		154,706円
	医療費の総額(1,290,726)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(600,000)円×8%=	48,000	円 (小数点以下四捨五入)
災害発生時の 年月日・学年	平成28年12月17日	(高校、小・中学: 2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(H29年3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「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>

○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>

※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。