

義歯共済金請求書

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 <small>* 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。</small>	氏 名
保 護 者 等	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	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。