様式８　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

一般財団法人岩手県学校安全互助会理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校等名

学校長等名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**一般財団法人岩手県学校安全互助会「障害共済金」請求書**

　共済金受取人より申請がありましたので、障害共済金の請求をします。

　なお、第三者から損害賠償を受けた場合は、損害賠償額の限度内で、貴互助会から支給を受けた共済金を返還します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | ※　受付番号 |
| （フリガナ）対象児童生徒等氏　　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　） | 学年・組 | 請求時　 　　　　年　　　組 |
| 災害発生時　　 　年　　　組 |
| 性　　別 | 男　・　女 |
| 災害発生日時 | 年　 月　 　日　（　 曜日） 　時　 　分　 | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日生 |
| 共済金振込先(共済金受取人名義の口座) | 　　　　　　　　　　銀行 ・金庫・農協　（　　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　　　　　　　　　本・支店　　　　　　　　　　　　　出張所 | 店番号 |
|  |
| 預金種目 | 普通・その他（　　　　 　） | (フリガナ)口座名義人 | （　　　　　　　　　　　） | 被災児童生徒等との続柄 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備　　考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **添付書類** | **１　日本スポーツ振興センターに提出した災害報告書（写）** |
| **２　日本スポーツ振興センターに提出した障害報告書（写）** |
| **３　日本スポーツ振興センターの「障害見舞金支給決定について」（通知）の写** |

＜個人情報の取扱いについて＞ 　共済金受取人の方は、次の記載内容及び添付書類の提出についてご同意のうえ、請求書等を提出してください。

１　共済事業に関する個人情報は、共済引受審査、共済掛金管理、共済金支給審査及び共済金の支払等のために利用します。

２　個人情報は、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金請求・支払に関する関係先等に提供を行い、又は情報の提供を受けることが

あります。ただし、保健医療等の特別の非公開情報の利用目的は、法令の規定により業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。