様式10　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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「通院共済金」請求書（新規・継続）**

共済金受取人より申請がありましたので、共済金の請求をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | ※　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 | | | |
| 今回請求日数 | (　 　) 年  (　 )月分  　　　日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　 　日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　 　日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　 　日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　 　日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　　 日 | 合計 | 日 |
| (　 　) 年  (　 )月分  　　　 日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　 　日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　　 日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　 　日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　　 日 | | | (　 　) 年  (　 )月分  　　　 日 |
| 今回請求金額 | 500円　×（合計日数）　　 　　日　＝　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【継続の場合】  前回受給状況 | 共済金の受給月  （　 　年　　月） | | | | | 受給期間及び日数  （　　　　 年 　　　月　～　 　　 年　　　月　）　（　　　日分） | | | | | | | | | | | | |
| 共済金振込先  (共済金受取人  名義の口座) | 銀行・金庫・農協  （　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |  | | | | 本店 ・ 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**

|  |  |
| --- | --- |
| **日本スポーツ振興センターが医療費を給付する場合** | **日本スポーツ振興センターが医療費を給付しない場合**  **（義務教育諸学校等の要保護児童生徒等の災害）** |
| **【新規請求】**  **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医療等の状況（写）**  **３　医療費支払通知書（写）又は児童生徒別給付一覧（写）** | **【新規請求】**  **１　災害報告書（別紙１）**  **２　医療等の状況が分かる書類** |
| **【継続請求】**  **１　日本スポーツ振興センターに提出した医療等の状況（写）**  **２　医療費支払通知書（写）又は児童生徒別給付一覧（写）** | **【継続請求】**  **１　医療等の状況が分かる書類** |

＜個人情報の取り扱いについて＞　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ご同意の上、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、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、保健医療等の特別な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。