

## 義 歯 共 済 金 請 求 書

	年	第 月	号 日
公益社団法人富山県高等学校安全振興会理事長 殿			
学 校 名 _____			
P T A 会 長 _____			印
<p>下記のとおり安全振興会義歯共済金をいただきたいので、共済規程（事業方法書）第4条の定めにより請求いたします。</p>			
記			
生 徒	課 程 _____	_____年_____組	氏 名
保 護 者	氏 名		
請 求 額	自費診療費の50%を支払う。 支払対象は、自費診療費5万円以上とする。 ただし、限度額を20万円とする。  自費診療費 _____ 円  請 求 額 _____ 円		
災害発生年月日	年 月 日		

- 備考 1 災害報告書（独立行政法人日本スポーツ振興センター提出書類またはその写）を添付して下さい。
- 2 自費診療費の支払証明書（領収書等の写）を添付して下さい。
- ※ 個人情報の取扱いについては、「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。
- ※ ご提出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使用され、それ以外に使用いたしません。