

死亡共済金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 福岡県学校安全振興会理事長 殿

下記のとおり死亡共済金の給付について、共済規程事業方法書第3条共済金区分①に基づき請求します。

学校名 (単位PTA等名)

代表者 (PTA等の長)

印

校 長

印

記

1. 生徒等 第 学年 組 卒業生
(フリガナ)
氏 名

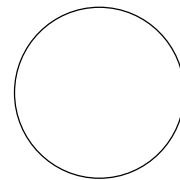
2. 請求額 _____ 円 × 0.5 = _____ 円
(センター給付金額)

3. 災害発生年月日 令和 年 月 日

4. 記入者名 _____

備考 1. 日本スポーツ振興センターへ提出した災害報告書(写)、死亡報告書(写)並びに、死亡見舞金の支給決定について(通知)(写)を添付してください。

※個人情報の取扱いについては、この法人の「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、共済金の支払及びこの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。



後遺障害共済金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 福岡県学校安全振興会理事長 殿

下記のとおり後遺障害共済金の給付について、共済規程事業方法書第3条共済金区分②に基づき請求します。

学校名 (単位PTA等名)

代表者 (PTA等の長)

印

校 長

印

記

1. 生徒等 第 学年 組 卒業生
(フリガナ)
氏 名

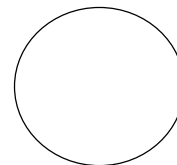
2. 請求額 _____ 円×0.5 = _____ 円
(センター給付金額)

3. 災害発生年月日 平成 令和 年 月 日

4. 記入者名 _____

備考 1. 日本スポーツ振興センターへ提出した災害報告書(写)、障害報告書(写)並びに、
障害見舞金の支給決定について(通知)(写)を添付してください。

※個人情報の取扱いについては、この法人の「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、共済金の支払及びこの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。



供花料請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 福岡県学校安全振興会理事長 殿

下記のとおり供花料の給付について、供花料給付規程に基づき請求します。

学校名 (単位 P T A 等名)

代表者 (P T A 等の長)

印

校 長

印

記

1. 生徒等

 第 学年 組 卒業生
(フリガナ)
氏 名

2. 請求額

30,000 円

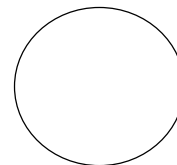
3. 死亡年月日

令和 年 月 日

4. 記入者名

備考 1. 会葬御礼等の (写) があれば添付してください。
2. 様式 9-2 の脱退返還金請求も行ってください。

※個人情報の取扱については、この法人の「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、共済金の支払及びこの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。



死亡・後遺障害共済金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 福岡県学校安全振興会理事長 殿

下記のとおり死亡・後遺障害共済金の給付について、共済規程事業方法書第3条共済金区分④・⑤に基づき請求します。

学校名 (単位PTA等名)

代表者 (PTA等の長)

印

校 長

印

記

1. 保護者等

(フリガナ)
氏 名 生徒等 (生徒氏名 年 組) 教職員・支援者等 (住 所 :)
(連絡先 :)

2. 共済金別

 死亡共済金 後遺障害共済金

3. 発生年月日及び場所 令和 年 月 日 場所 :

4. 死亡・後遺障害状況等 (行事内容・傷病名等具体的に)

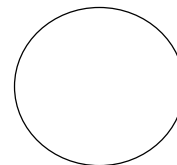
--

備考 1. 死亡・後遺障害診断書など医療機関等の書類 (写)、代表者 (PTA等の長) による招集・案内状並びに行事計画に関する書類を添付してください。

※本会記入欄

支 給 決 定 額	理事長印
円	
令和 年 月 日決定	

※個人情報の取扱いについては、この法人の「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、共済金の支払及びこの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。



入院・通院共済金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 福岡県学校安全振興会理事長 殿

下記のとおり入院・通院共済金の給付について、共済規程事業方法書第3条共済金区分⑥に基づき請求します。

学校名 (単位PTA等名)

代表者 (PTA等の長)

印

校 長

印

記

1. 保護者等 (フリガナ)
氏 名 生徒等 (生徒氏名 年 組) 教職員・支援者等 (住 所 :)
(連絡先 :)

2. 発生年月日及び場所 令和 年 月 日 場所 :

3. 災害・傷病状況等 (行事内容・傷病名等具体的に) 及び入院・通院日数等

--

 入院 _____ 日 (最高10日まで) ×2,000円 = _____ 円 通院 _____ 日 (最高10日まで) ×1,000円 = _____ 円

備考 1. 入院・通院日数を証明する書類 (医療機関等の領収書 (写) で可)、代表者 (PTA等の長) による招集・案内状並びに行事計画に関する書類を添付してください。

※本会記入欄

支 給 決 定 額	理事長印
円	
令和 年 月 日決定	

※個人情報の取扱いについては、この法人の「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、共済金の支払及びこの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。