



治療共済金請求書

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

下記のとおり治療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③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(カガナ
氏 名)

2. 初回・継続別

 初回 継続

3. 災害発生年月日

 平成 令和 年 月 日

4. 請求額 (災害発生年月日により、①か②で請求額を計算してください。)

 ① 令和2年3月31日以前に発生した災害請求額 : _____ 円 × 0.20 = _____ 円
(_____ 月分の請求) (100円未満切捨) ② 令和2年4月1日以降に発生した災害請求額 : _____ 円 × 0.18 = _____ 円
(_____ 月分の請求) (100円未満切捨)

5. 記入者名

備考 1. 日本スポーツ振興センターの医療費支払通知書(写)を添付してください。
2. 1は複数合わせて請求は出来ません。1名ごとに(写)を添付してください。