



## 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  
( フガナ )  
氏 名

2. 初回・継続別  初回  継続

3. 災害発生日月  平成  令和 年 月 日

4. 請求額 (災害発生日月により、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  
(100円未満切捨)  
( 月分の請求)

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  
(100円未満切捨)  
( 月分の請求)

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。