

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	<p>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。</p> <p>自費診療費 _____ 円</p> <p>請 求 額 _____ 円</p>		
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。