第９号様式

# 義 歯 共 済 金 請 求 書

第　　号
年　　月　　日

一般財団法人岐阜県高等学校安全振興会理事長　様

学　校　名

校　長　名　　印

一般財団法人岐阜県高等学校安全振興会共済規程第 19 条第 4 号の定めにより下記のとおり義歯共済金を請求します。

なお、学校管理下の災害にまちがいありません。

記

<table>
<tr><td rowspan="2">生　　徒</td><td>課　　程</td><td>・学　年（　　年　　組）<br>・卒業生<br>＊ 年組は請求時で記載してください。<br>＊ 卒業生は〇で囲んでください。</td><td>氏　名</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">保 護 者 等</td><td>住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">自費診療費 5 万円以上 10 万円未満のとき、請求額 3 万円<br>自費診療費 10 万円以上のとき、請求額 6 万円<br>自費診療費 ＿＿＿＿＿＿ 円　　請求額 ＿＿＿＿＿＿ 円</td></tr>
<tr><td>災害発生時の<br>年月日・学年</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>（高校、小・中学：　　年）<br>（特別支援学校　幼・小・中・高　　年）</td></tr>
</table>

添付書類（P17 参照）

〇自費診療の記載のある領収書の写し
〇スポーツ振興センター「災害報告書」の写し
〇スポーツ振興センター「児童生徒別給付一覧」の写し
〇保護者等から受け取った封筒（「災害共済金の口座振り込み依頼書」、）「災害共済金振込口座の通帳の表紙裏面（写し）」が入ったもの）（令和７年度安全振興会「手引き」p38～参照）

※個人情報の取り扱いについては、当法人の「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、共済金の支払及び当法人の事業のために使用され、それ以外には使用いたしません。