

傷病共済金請求書

(平成28年度以降に発生した災害用)

第〇〇〇号

令和△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 岐阜県立〇〇〇高等学校

校 長 名 白 鳥 健 平

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1号の定めにより下記のとおり傷病共済金を請求します。

記

生 徒	課 程 全日制	・学 年 (3 年 2 組) ・卒業生 * 年組は請求時で記載してください。 * 卒業生は〇で囲んでください。	氏 名 岐 阜 一 郎												
保 護 者 等 新規の場合のみ 記載してください	住 所	(新規請求の場合は記載する。)													
	氏 名	(新規請求の場合は記載する。)													
請 求 額	(1) 医療費の総額 (食事療養費を除くスポーツ振興センター給付金請求額) (センター給付決定年月 令和4年4月～4年4月) <table><tr><td>医療費 (外来)</td><td>2,763点×10=</td><td>27,630 円</td></tr><tr><td>医療費 (入院)</td><td>110,839点×10=</td><td>1,108,390 円</td></tr><tr><td>装具又は生血</td><td></td><td>154,706 円</td></tr><tr><td colspan="2">医療費の総額 (</td><td>1,290,726) 円</td></tr></table> (2) 安全振興会への請求額 (一月につき医療費の総額の上限を60万円とする。) 医療費の総額 (600,000) 円×8% = <u>48,000</u> 円 (小数点以下四捨五入)			医療費 (外来)	2,763点×10=	27,630 円	医療費 (入院)	110,839点×10=	1,108,390 円	装具又は生血		154,706 円	医療費の総額 (1,290,726) 円
医療費 (外来)	2,763点×10=	27,630 円													
医療費 (入院)	110,839点×10=	1,108,390 円													
装具又は生血		154,706 円													
医療費の総額 (1,290,726) 円													
災害発生時の 年月日・学年	令和3年12月17日	(高校、小・中学：2年)	(特別支援学校 幼・小・中・高 年)												
請 求 区 分	新 規 ・ 継 続 (新規又は継続を〇で囲む) 継続の場合、センター給付決定日 (4 年 3 月分*1) まで前回請求済み *上記 (年 月 *1) はスポーツ振興センター「児童生徒別給付一覧」の給付決定日を記入														

添付書類 (P16 参照)

○スポーツ振興センター「児童生徒別給付一覧」の写し<請求の該当部分を赤枠で囲むこと>

○スポーツ振興センター「災害報告書」の写し

<災害報告書は、2回目以降(継続)の請求の場合も添付すること>

※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。