

## 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)		
	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		
(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%= 48,000 円 (小数点以下四捨五入)			
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&lt;請求の該当部分を赤枠で囲むこと&gt;

○スポーツ振興センター「災害報告書」の写し

&lt;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&gt;

※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。