

義歯見舞金支払請求書

一般財団法人神奈川県立高等学校安全振興会理事長 殿

保護者(会員)氏名



住所 〒

電話

()

一般財団法人神奈川県立高等学校安全振興会共済規程第10条の規定に基づき、次のとおり義歯見舞金の支払を申請します。

学 校 名	神奈川県立		高等学校・学校高等部 中等教育学校	課 程	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	
フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	年 組		
生徒氏名			<input type="checkbox"/> 女			
フリガナ 支払指定 金融機関	銀行 信用金庫 農協 ()			本 店 支 店 出張所 ()		
	店番号	普通・その他()	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義(保護者)					
義歯の本数	<input type="checkbox"/> 1本	<input type="checkbox"/> 2本				

※ゆうちょ銀行もご利用いただけます。支店名は3桁漢数字です。

※個人情報の取扱については、当法人の「個人情報保護方針」及び「個人情報保護規程」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使用され、それ以外に使用いたしません。

※義歯見舞金の審査にあたっては、当法人より「歯科補綴報告書」を作成した歯科医院に問い合わせをする場合があります。

◎ 添付書類

1. 災害報告書(「写」)(学校が用意)
2. 独立行政法人日本スポーツ振興センター医療費支払通知書(「写」)(又は児童生徒別給付一覧)(学校が用意)
3. 歯科補綴報告書【様式第8号別紙】(歯科医師に記入を依頼してください)

上記の通り相違ありません。

年 月 日

校 長 _____ 印

担 当 者 _____ 印

問 合 せ 先

電 話 番 号 _____ () _____

※学年の電話等で担当者につながりやすい番号をご記入ください。