

## 共 済 金 請 求 書

一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会理事長 様  
 共済金事故報告書に基づき、共済金の請求をします。

なお、共済金につきましては、次の「共済金振込口座」【被災者本人(原則)の個人名義】への振込をもって受領したことを認めます。

立 \_\_\_\_\_ 園・学校 P T A 会長(代表)  
 \_\_\_\_\_  
 事務担当者名

※請求者欄および同意書欄は全て『自署』でご記入ください。

請 求 者	住 所		〒 _____		郡・市		
	フリガナ 氏 名				連絡先	電話 ( ) 自宅 勤務先	
	共 済 金 振 込 口 座	金 融 機 関	銀 行 等	銀行 信用金庫 信用組合			
				農 協 労 金			
			支店 (支所) 普通総合当座		口座番号		
	郵 便 局	口 座 義		フリガナ			
		記 号		氏 名		番 号	
		おなまえ					
	おところ						

## 同 意 書

主治医 様

上記の請求者の症状、治療内容、既往病歴等について一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会または同法人が委嘱する本状持参の者より貴殿に対し照会がありましたときは、ご腹藏なく説明いただくことに同意いたしますので、ご回答下さるようご依頼申し上げます。

なお、診断書または証明書の作成をお願いした際にはお手数ですが、ご発行くださるよう併せてお願い申し上げます。

住所： \_\_\_\_\_

氏名(会員または被災者) \_\_\_\_\_

被災者との続柄(本人以外が同意者の場合) \_\_\_\_\_

【個人情報の取扱いについて】 本会が取得した個人情報は、共済制度の適用を判断するために、審査および医療機関等関係者への問い合わせ、共済金の支払に利用する以外には、業務の適切な運営の確保等に必要と認められる最小範囲の利用に限定します。

### 一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会事務局記入欄

種 別	金 額	請求完了日
負傷共済金(上限12万円)	円	年 月 日
手術共済金(上限4万円)	円	
疾病共済金(上限3万円)	円	審査完了日
入院共済金(一律3万円)	円	年 月 日
死亡共済金(事故200万円)	円	
同上(突然死100万円)	円	支払日
後遺障害共済金(上限200万円)	円	年 月 日
診断書料補助金	円	
合 計 金 額	円	