

号

提出日 令和 年 月 日

一般社団法人 沖縄県PTA連合会
安全委員会 委員長 殿

〒

PTAの 住 所
名 称

TEL _____

会長氏名 _____ 公印

共 済 金 支 払 請 求 書

_____の災害について、別紙
(PTAの名称) (被災者氏名)

医療報告書のとおりでありますので支払を請求します。

※ PTAの口座を記入してください。

振 込 先	銀 行			支店
	農 協		振込先店舗名	店舗コード
	郵 便 局			
預 金 種 目	1 普 通	名 義	フリガナ	
	2 当 座	口座 番号		

- ※ 通帳を確認の上、正確にご記入ください。
- ※ 共済金を請求しうる時(災害が発生した時)から3年以内に請求しないときは、共済金の請求権を失うものとする。
- ※ いただいた個人情報、共済契約の管理及び履行のために利用いたします。共済契約履行のために必要な支払い範囲内で共済金の請求や審査等関係先に提供することがあります。

請求書が到着した日付	書類が整った日	支払日