

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)
医療報告書等の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	銀行	銀行名	支店名	
込	農協	振込先店舗名	店舗コード	
先	郵便局	店名	七〇八	店番 708 ※琉銀から振込みます。
預 金 種 目			名	フリガナ
	1	普通	義	漢字
	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は、共済約款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、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