

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 御中

名 称 _____

会 長 名 _____ 公 印

〒
住 所 _____

T E L _____

共 済 金 支 払 請 求 書

_____ の災害について、
(PTA名称) (被災者氏名)

別紙医療報告書等のおりでありますので共済金の支払いを請求します。

振 込 先	銀行	銀行名	支店名
	農 協	振込先店舗名	店舗コード
	郵便局	店 名	店 番
預 金 種 目	1 普 通	フリガナ	
		名 義	
	2 当 座	口座番号	

- ※ P T Aの口座を記入してください。
- ※ 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