

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)

別紙医療報告書等に基づき、共済金の支払いを請求します。

金融機関名	銀行・農協・信用金庫		支 店
	郵便局	記号	番号
預金種目	フリガナ		
1 普 通	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。
- ※ 共済金請求権が発生した翌日から3年を経過した場合は、時効によって請求権が消滅します。
- ※ 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。  
安全会以外に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。

※事務局記入欄

請求書受理日	書類提出日	支払日