

- 注意事項
- 1.見舞金(保険金)の請求は、治ゆ後早めにご請求ください。(事故日より180日経過の場合も)
 - 2.見舞金(保険金)が10万円以下の場合は申告書、10万円をこえる場合は医師の診断書を必ず添付してください。手術見舞金(保険金)に該当する場合医師の診断書が必要です。
 - 3.事故日から7日未満の治療期間の場合は免責となります。
 - 4.今回の事故でご請求可能な他社の保険契約または共済契約がありましたら、ご記入ください。
 - 5.この請求書の送付用は2枚ともご提出ください。(学校控は学校保存)

北海道PTA安全互助会 御中
共栄火災海上保険株式会社 御中

- ◆私は、別紙「お客さま情報の取り扱いについて」の内容について確認し、これに同意のうえ、下記事故にかかわる保険金を請求します。
- ◆保険金は、下記支払指図の通りお支払いください。口座への振り込みをもって支払いがなされたものと認めます。
- ◆本保険金請求に関し、事実と反していることが判明した場合は、保険金請求の取り下げ、あるいは受領した保険金を直ちに返還いたします。

どちらか一方に記入ください

金融機関名	支店名	口座種類	名義
銀行 信組 労金 信金 農協 漁協	店	普通 総合 貯蓄 当座	フリガナ
通帳記号		通帳番号	名義
ゆうちょ銀行			フリガナ

平成 年 月 日 請求者(親権者) (〒 -)
住所
電話 () -
氏名 印

会員番号	第 号	加入年月日	平成 年 月 日
学校名	学校	〒 □□□-□□□□	
	所在地		
	学校電話番号	市外局番	局番 番号 -()-
(フリガナ) 児童園 児童	性別 男・女	学年・組	第 学年 組
事故月日	平成 年 月 日	(曜日)	午前 時 分頃 午後
事故発生場所		他保険契約の有・無	有・無 会社名
事故の状況	負傷の原因		
	傷病名		
	治療期間	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで (日間)	

上記は事実と相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日

幼・小・中学校長氏名

公印

※新年度4月1日での統廃合の有無(有・無)

※統廃合した学校の場合は、旧校名を記載してください。()