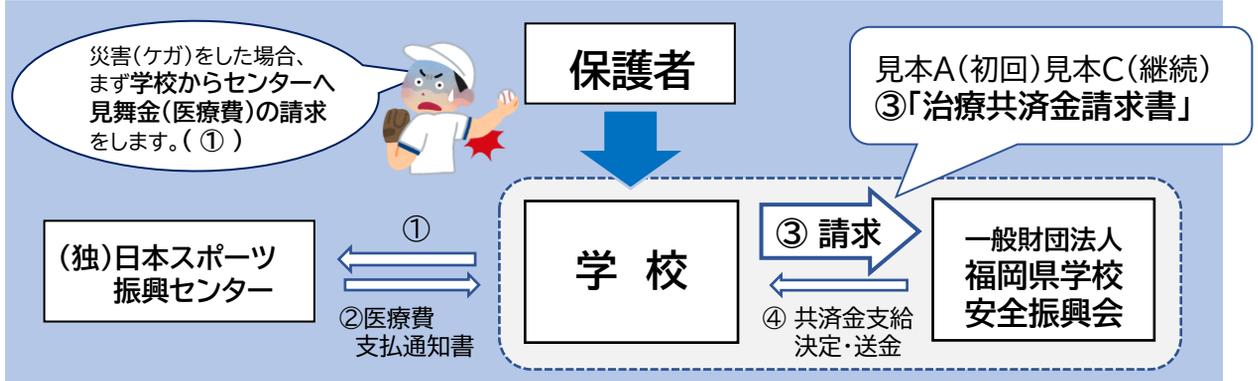


事務手続きマニュアル 【請求について】

《請求の流れ》



様式 5 (生徒等用)

見本A
(初回請求)

学校番号

150

見本Bの上段
グレー太枠 博多大輔さんの例
(災害発生日
令和2年4月1日以降の場合)

治療共済金請求書

令和 5 年 8 月 2 日

一般財団法人 福岡県学校安全振興会理事長 殿

治療共済金の給付について、共済規程事業方法書第3条共済金区分③に基づき

学校名(単位PTA等名) 安全振興高等学校PTA

代表者(PTA等の長) 福岡 太郎

校長 中 一郎

記

今年度の学年組数をご記入ください。

フリガナの記入もお願いします。

「4. 請求額」欄の選択が必要となります。

災害発生日によって支給率が異なります。

※博多さんは災害発生日が令和4年12月19日のため、4. 請求額は、②に④し、計算をする。

1. 生徒等

第 2 学年 3 組 卒業生

(フリガナ ハカタ ダイスケ)

氏名 博多 大輔

2. 初回・継続別

初回 継続

3. 災害発生日

平成 令和 4 年 12 月 19 日

4. 請求額 (災害発生日により、①か②で請求額を計算してください。)

① 令和2年3月31日以前に発生した災害

請求額 : _____ 円 × 0.20 = _____ 円
(100円未満切捨)
(_____ 月分の請求)

② 令和2年4月1日以降に発生した災害

請求額 : **375,408** 円 × 0.18 = **67,500** 円
(100円未満切捨)
(R4/12 R5/1-2 月分の請求)

見本B センター
「医療費支払通知書」
博多さん累計金額

記入者名

鈴木 五郎

備考 1. 日本スポーツ振興センターの医療費支払通知書(写)を添付してください。
2. 1は複

右下に 2023.04 記載の
様式3~6各請求書をご使用ください。

※個人情報の取扱について
※ご記入いただいた個人情報
それ以外に使用いたしません。

規程)に従うものとします。
の事業のため使用され

2023.04

詳しくは

令和5年度版 規程集・手引書

- ・事業方法書 第3条 (P9-10)
- ・共済約款 第5-8条(P14-15)
- ・手引書 (P36~)
- ・各様式 様式3-6(P42-45)
様式7.8 (P46-47)

をご参照ください。

請求に関する留意事項とお願い

※以下、独立行政法人日本スポーツ振興センターを「センター」といいます。

○共済金支給対象は、本会加入後(入学後)に発生した災害に限ります。入学前の災害(本会加入前)がセンターから継続給付中であっても、本会は支給対象外となりますのでご注意ください。

○見本B センター「医療費支払通知書」は請求書ごと(1名ずつ)に添付が必要です。なお、1枚の請求書に、この「医療費支払通知書」を複数枚添付する場合、両面コピーでも構いません。添付書類への奥書(原本)証明は不要です。

○死亡または後遺障害共済金が発生した場合、請求前に事務局までご連絡をお願いします。(TEL092-641-8748)

○提出の様式は、本会作成のものに限ります。自作様式等は受付出来ません。ホームページからダウンロードしていただくか、手引書のコピー、初年度配付のCD-Rのデータを利用したものに限りします。

見本Bの下段
点線枠の山田花子さんの例
(災害発生日
令和2年3月31日以前の場合)

見本C
(継続請求)

学校番号

150

治療共済金請求書

令和 5 年 8 月 2 日

一般財団法人 福岡県学校安全振興会理事長 殿

下記のとおり治療共済金の給付について、共済規程事業方法書第3条共済区分③に基づき請求します。

学校名(単位PTA等名) **安全振興高等学校PTA**

代表者(PTA等の長) **福岡 太郎** 印

校長 **田中 一郎** 印

記

- 生徒等 第 学年 組 卒業生
(フガナ ヤマダ ハナコ)
氏名 **山田 花子**
- 初回・継続別 初回 継続
- 災害発生日 平成 令和 2 年 1 月 23 日
- 請求額 (災害発生日により、①か②で請求額を計算してください。)

① 令和2年3月31日以前に発生した災害

請求額 : **10,216** 円 × 0.20 = **2,000** 円
(R4/10.11、R5/2.3 月分の請求) (100円未満切捨)

② 令和2年4月1日以降に発生した災害

請求額 : **見本Bセンター「医療費支払通知書」
注(2)部分の月数を明記ください。**

記入者名 **鈴木 五郎**

- 備考
- 日本スポーツ振興センターの医療費支払通知書(写)を添付してください。
 - 1は複数合わせて請求は出来ません。1名ごとに(写)を添付してください。

※個人情報の取扱については、この法人の「個人情報保護に関する基本方針」及び「個人情報管理規程」に従うものとします。
※ご記入いただいた個人情報につきましては、共済契約の管理及び審査、共済金の支払及びこの法人の事業のため使用され、それ以外に使用いたしません。 2023.04

注

治療共済金の請求には見本Bのセンター通知書(写)添付が必要です。
請求の種類によって必要書類が異なります。
該当の請求書備考をご参照ください。

見本B

医療費支払通知書

日ス振福給第〇〇〇号
令和 5 年 6 月 2 8 日

独立行政法人日本スポーツ振興センター理事長

システムでは
理事長印の
捺印は省略
しています。

別記様式第13 (第29条関係)

設置者住所 **福岡市博多区東公園7-7**

設置者名 **福岡県教育委員会**

教育長 **〇〇 〇〇〇 殿**

注① 令和4年3月8日付けで請求のあった災害共済金給付に係る給付金について、下記のとおり決定しましたから通知します。

(年組)	被災児童生徒等氏名	災害発生日 初回・継続別(月分)	傷病名 (医療等の状況から転記してください。)	給付金額請求額		転 帰	支払額 又は 決定内容	報告書番号	備考
				医療費	食事療養費 その他				
1 男	4組 博多 大輔	令和4年12月19日 初回(令和4年12月分)	左膝関節捻挫				13,212 円		
1 男	4組 博多 大輔	令和4年12月19日 初回(令和4年12月分)	左膝十字靭帯損傷				11,136 円		
1 男	4組 博多 大輔	令和4年12月19日 継続(令和5年1月分)	左膝十字靭帯損傷				311,671 円		
1 男	4組 博多 大輔	令和4年12月19日 令和4年12月19日	右膝十字靭帯損傷				39,389 円		
3 女	1組 田中 美子	継続(令和5年1月分)							
3 女	1組 田中 美子	令和3年9月13日 継続(令和5年2月分)	腰椎椎間板ヘルニア						
3 女	2組 山田 花子	令和2年1月23日 継続(令和4年10月分)	右眼窩底骨折				2,928 円		
3 女	2組 山田 花子	令和2年1月23日 継続(令和4年11月分)	右眼窩底骨折				2,372 円		
3 女	2組 山田 花子	令和2年1月23日 継続(令和5年2月分)	右眼窩底骨折				1,076 円		
3 女	2組 山田 花子	令和2年1月23日 継続(令和5年3月分)	右眼窩底骨折						
学校(保育所)名 福岡県立安全振興高等学校				本項計			博多さん ★累計375,408円		
				合計			山田さん ★累計10,216円		

(注)この請求書の用紙は、日本工業規格A4模型とすること。

合計

397,240 円

請求書番号0000000-0000000-0000000