

令和 年 月 日

神奈川県立高等学校PTA連合会 御中

FAX : 045-641-0338

PTA名 (学校名) : _____

会長名 : _____

担当者名 : _____

連絡先 : _____

PTA団体傷害補償制度『会員世帯数報告書 兼 送金連絡書』

以下の通り報告いたします。

補償開始日	令和 8年 4月 1日
① <全員付保方式の場合> 令和8年5月1日付 会員世帯数* <任意付保方式の場合> ご加入される世帯数 (加入依頼書にご添付いただいた名簿人数を記載ください)	名
② 1世帯あたり掛け金 (Aプラン200円・Bプラン160円)	200円 or 160円
③ 掛け金総額 : ①×②	円
④ 振込手数料	円
⑤ 差引送金額 : ③-④	円
振込日	令和 年 月 日

(注1) 補償開始日は、加入依頼書に記入した開始日です。

(注2) 全員付保方式の場合の会員世帯数は、加入月にかかわらず令和8年5月1日付の世帯数をご報告ください。万一、報告した人数が不足していると、その不足する割合により保険金が減額されることとなりますのでご注意ください。

(注3) 加入月にかかわらず、掛金は1世帯あたりAプラン200円・Bプラン160円です。

保険料の振込みおよびFAX : 令和8年6月15日 (月) 締切