

共済金請求書の記入見本

園児・児童・生徒 用

区分	○	学校管理下外を補償する共済
		PTA活動中を補償する共済

共済金請求書兼治療申告書

一般社団法人 札幌市PTA共済会 御中

*保護者が記入して下さい

受傷者氏名	フリガナ オオドオリ ハナコ 大通 花子	男・ 女	札幌市立 大通 幼<small>小</small>中 6 年
		生年月日 17 年 10 月 10 日	
保護者氏名 (共済金請求者)	フリガナ オオドオリ ジロウ 大通 次郎	自宅住所	札幌市 南区 西3条 東3丁目 1-1 TEL 777-7777
事故日	平成 29 年 6 月 6 日	事故場所	南区西6条北9丁目2-2
治療した病院名	花丸病院、公園病院		
受傷した部位	足首	医師等の診断名	捻挫
治療の形態	入院治療 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (日間)		
	通院治療 平成 29 年 6 月 6 日 から 平成 29 年 7 月 7 日 まで実通院日数 (10 日間)		
固定具使用の場合	① 石膏ギブス・プラスチックキャスト (患者側による取り外しが不可能なもの。 ただし、シーネ・シャーレは②へ)	② ①以外の固定具 ※装具、内固定、サポーター、テーピング、 三角巾、包帯、絆創膏等は除く シーネ シャーレ (その他:)	入院をと もなう手 術をした 場合
	固定期間 年 月 日から 年 月 日	固定期間 29 年 6 月 6 日 から 29 年 6 月 30 日	手術日 年 月 日
現在の状態	治癒 ・ 治療中 ・ 転医 ・ 中止		後遺障害見込 無 ・ 有

実際に通院をした日に ○印をつけてください

6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	9日
7月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

上記の内容が事実に相違ないことを確認のうえ、この事故の共済金を共済約款に従い、関係書類をそろえて請求しますので共済金は下記口座にお振込ください。また、受傷者の傷病内容等または診療報酬に関する医療機関への照会することに同意します。

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、他銀行から振込ができる支店名・店番・口座番号を記入してください。

平成 29 年 7 月 10 日
共済金請求者 大通 次郎 印

共済金受取口座 *共済金は下記口座へお支払ください。

金融機関名	西東 銀行 ・信金・信用組合・農協	南北	支店 ・支所
預金の種類	普通 ・総合・当座	店番	123 口座番号 0 1 2 3 4 5 6
口座名義 (カタカナ)	オオドオリ ジロウ		

上記受傷者は、事故日時点においてPTA会員であり、保護者記載の事実に相違ないことを証明します。

PTA行事参加中(往復途上含む)の事故の場合 行事名 ()

平成 29 年 7 月 11 日

学校名 札幌市立 大通小学校 PTA会長 大通 勝 公印 印

上記受傷者は、事故日時点において本校に在学していることを証明します。また、PTA行事参加中の事故(往復途上含む)による請求については、日本スポーツ振興センター法による災害給付を請求していないことを申し添えます。

平成 29 年 7 月 11 日

学校名 札幌市立 大通小学校 学校長 大通 一郎 職印 印

※この欄は記入しないでください

記入にあたっての注意点

- ① 記載例をご覧の上、ボールペン等でご記入下さい。
- ② 共済金の請求額が5万円未満の場合は、共済金請求書の他に「領収証」のコピーを添付してください。

なお、共済金の請求額が5万円以上になる場合及び、入院を伴う手術を行った場合には「診断書」の添付をお願いします。（コピーでも構いません）

————▶ 診断書の用紙は所属している学校または幼稚園から受け取って下さい。

* 病院備付けの診断書でも構いませんが、共済金請求に必要な事項が記載されていない場合、診断書を再度お取付頂くこととなりますので、なるべく所定の診断書をご利用下さい。

- ③ 訂正がある場合は、修正液を使わずに二重線で消して訂正印をお願いします。
- ④ 複数の病院に入院や通院された場合も1枚の請求書にご記入願います。
- ⑤ お申出になっている内容およびご記入頂いた内容が事実と相違している場合には共済金がお支払できない場合がございますのでご留意ください。
- ⑥ 原則としましてケガが治った後でご請求ください。
(事故の日から180日を経過したときは治療中でも請求手続きをお取りください。)

共済金請求書の記入見本

保護者・教職員・特別加入者 用

共済金請求書兼治療申告書

一般社団法人 札幌市PTA共済会 御中

受傷者氏名	フリガナ サッポロ イチロウ 札幌 一郎	(男)・女	札幌市立 札幌 幼(小)中																													
保護者氏名 (共済金請求者)	フリガナ	生年月日 50年 8月 8日	自宅住所 札幌市 東区 北20条 東5丁目 TEL 333-3333																													
事故日	平成 29年 10月 1日	事故場所	札幌小体育館																													
		PTA行事(活動)名	P T A親子スポーツ大会																													
治療した病院名	公園病院、花丸病院																															
受傷した部位	手首	医師等の診断名	骨折																													
治療の形態	入院治療 平成 29年 10月 1日 から 平成 29年 10月 10日まで (10 日間)																															
	通院治療 平成 29年 10月 13日 から 平成 29年 10月 20日まで実通院日数 (2 日間)																															
固定具使用の場合	① 石膏ギブス・プラスチックキャスト (患者側による取り外しが不可能なもの。 ただし、シーネ・シャーレは②へ)	② ①以外の固定具 ※装具、内固定、サポーター、テーピング、 三角巾、包帯、絆創膏等は除く シーネ シャーレ (その他:)	入院をと もなう手 術をした 場合																													
	固定期間 年 月 日から 年 月 日	固定期間 29年 10月 1日 から 29年 10月 30日		手術名 観血的整復 固定術																												
現在の状態	<input checked="" type="radio"/> 治療 ・ 治療中 ・ 転医 ・ 中止	後遺障害見込	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有																													
実際に通院をした日に ○印をつけてください																																
10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	<input checked="" type="radio"/> 13	14	15	16	17	18	19	<input checked="" type="radio"/> 20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	2日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

上記の内容が事実と相違ないことを確認のうえ、この事故の共済金を共済約款に従い、関係書類をそろえて請求しますので共済金は下記口座にお振込ください。また、受傷者の傷病内容等または診療報酬に関する医療機関への照会することに同意します。

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、他銀行から振込ができる支店名・店番・口座番号を記入してください。

平成 29年 11月 1日

共済金請求者 **札幌 一郎** 印

共済金受取口座 *共済金は下記口座へお支払ください。														
金融機関名	南北			銀行 ・信金・信用組合・農協				東西			支店 ・支所			
預金の種類	普通		総合・当座		店番	245	口座番号	9	8	7	6	5	4	3
口座名義 (カタカナ)	サッポロ イチロウ													

上記受傷者は、事故日時点においてPTA会員であり、保護者記載の事実と相違ないことを証明します。
PTA行事参加中(往復途上含む)の事故の場合 行事名 (**P T A親子スポーツ大会**)

平成 29年 11月 1日

学校名 札幌市立 **札幌小学校** PTA会長 **小林 一茶** 公印 印

※この欄は記入しないでください

記入にあたっての注意点

- ① 記載例をご覧の上、ボールペン等でご記入下さい。
- ② 共済金の請求額が5万円未満の場合は、共済金請求書の他に「領収証」のコピーを添付してください。

なお、共済金の請求額が5万円以上になる場合及び、入院を伴う手術を行った場合には「診断書」の添付をお願いします。（コピーでも構いません）

————→ 診断書の用紙は所属している学校または幼稚園から受け取って下さい。

* 病院備付けの診断書でも構いませんが、共済金請求に必要な事項が記載されていない場合、診断書を再度お取付頂くこととなりますので、なるべく所定の診断書をご利用下さい。

- ③ 訂正がある場合は、修正液を使わずに二重線で消して訂正印をお願いします。
- ④ 複数の病院に入院や通院された場合も1枚の請求書にご記入願います。
- ⑤ お申出になっている内容およびご記入頂いた内容が事実と相違している場合には共済金がお支払できない場合がございますのでご留意ください。
- ⑥ 原則としましてケガが治った後でご請求ください。
(事故の日から180日を経過したときは治療中でも請求手続きをお取りください。)