

# 共済金請求書の記入見本

園児・児童・生徒 用

区分	<input checked="" type="radio"/>	学校管理下外を補償する共済
	<input type="radio"/>	P T A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 行 (札幌市生涯学習総合センター 3階)

\*保護者が記入して下さい

受傷者氏名	フリガナ <b>オオドオリ ハナコ</b> <b>大通 花子</b>	性別 <b>男・女</b>	札幌市立 <b>大通</b> <b>幼小</b> <b>6</b> 年中																													
保護者氏名 (共済金請求者)	フリガナ <b>オオドオリ ジロウ</b> <b>大通 次郎</b>	自宅住所	<b>札幌市 南区 西3条 東3丁目 1-1</b> TEL <b>777-7777</b>																													
事故日	<b>2022</b> 年 <b>6</b> 月 <b>6</b> 日	事故場所	<b>南区西6条北9丁目2-2 中央公園</b>																													
治療した病院名	<b>花丸病院、公園病院</b>																															
受傷した部位	<b>足首</b>	診断名	<b>骨折</b>																													
治療の形態	入院治療 20 年 月 日 から 20 年 月 日 まで ( 日間) 通院治療 <b>2022</b> 年 <b>6</b> 月 <b>6</b> 日 から <b>2022</b> 年 <b>7</b> 月 <b>7</b> 日 まで実通院日数 ( <b>10</b> 日間)																															
固定具使用の 裏面参照 場合照	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)  固定期間 月 日から 月 日	② ①以外の固定具 <b>シーネ</b> シャーレ ギブスシーネ クラ ビクルバンド (その他 ) ※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  固定期間 <b>6</b> 月 <b>6</b> 日から <b>6</b> 月 <b>30</b> 日	入院をと もなう手 術をした 場合  手術名  手術日 20 年 月 日																													
現在の状態	<input checked="" type="radio"/> 治癒 ・ 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																																
6月	1	2	3	4	5	<input checked="" type="radio"/> 6	7	8	9	<input checked="" type="radio"/> 10	11	12	<input checked="" type="radio"/> 13	14	15	<input checked="" type="radio"/> 16	17	<input checked="" type="radio"/> 18	19	<input checked="" type="radio"/> 20	21	22	<input checked="" type="radio"/> 23	24	25	26	<input checked="" type="radio"/> 27	28	29	<input checked="" type="radio"/> 30	31	9日
7月	1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 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
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。

2022 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いください。

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

上記受傷者の事故について、保護者記載の事実に相違ないことを証明します。

P T A行事参加中 (往復途上含む) の事故の場合 行事名 ( )

2022 年 7 月 11 日

学校名 札幌市立 **大通小学校**

P T A会長 **山田 勝** **公印** 公印

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、P T A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。

2022 年 7 月 11 日

学校名 札幌市立 **大通小学校**

学校長 **佐藤 一郎** **職印** 職印

※この欄は記入しないでください

領収書または診療明細書のコピーを添付して下さい (入院を伴う手術の場合は診断書)

## 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。)