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 行（札幌市生涯学習総合センター　3階）

受傷者氏名	フリガナ　オオドオリ　ハナコ 大通　花子	男・女 生年月日　2011　年　10　月　10　日	受傷当時　札幌市立　大通　幼・小・中　6　年
自宅住所	南　区　西３条東３丁目 1-1		日中連絡先　090−1234−5678 011−123−4567
事故日	2023　年　6　月　6　日	事故場所	南区西６条北９丁目２－２　中央公園
治療した病院名	花丸病院、公園病院		
受傷した部位	足首	診断名	骨折
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　2023　年　6　月　6　日　から　2023　年　7　月　7　日　まで実通院日数（　10　日間）		

使用した固定具に○をつけてください　（裏面 固定具の種類を参照）		入院をともなう手術
石膏ギプス　・　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） 6　月　6　日から　6　月　13　日まで固定	シーネ　・　シャーレ　・　ギプスシーネ 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、絆創膏等は裏面参照 6　月　13　日から　6　月　30　日まで固定	手術名 手術日　20　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
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。

（保護者氏名）　　2023　年　7　月　10　日

共済金請求者　大通　次郎　　印印

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	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	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										

※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。

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。

2023　年　7　月　11　日

学校名　札幌市立　大通小学校　　ＰＴＡ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、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。

2023　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

2箇所にご捺印ください

※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になりますので、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。）