

一般社団法人 札幌市 PTA 共済会 行  
(FAX 671-2374)

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 PTA活動の行事名 ( )

報告日 20 年 月 日

## 事故報告書

治療が終わりましたら「共済金請求書  
兼治療申告書」を提出してください

下記の通り 事故を報告します。

1	被共済者 (受傷者)	氏名	フリガナ		年 月 日生	(男・女) ( ) 才	
		住所	区				
		所属 学校名	札幌市立		学校(幼稚園)		年
		保護者(報告者)氏名 * 受傷者が学童の場合のみ記入	フリガナ				
2	事故の状況	事故の日時	20 年 月 日 ( ) 曜日		午前・午後	時 分頃	
		事故の場所					
		事故が発生した原因と 状況	少年団・クラブチーム名:				
3	受傷した 部位		傷病名 又は症状				
4	治療の 見込みと 医療機関	治療の形態	( 入院 ・ 通院 ・ 手術 )				
		治療の見込み期間*	_____日 ・ _____ヶ月間				
		医療機関名	_____				

請求時には領収書または診療明細書のコピーが必要となります(入院を伴う手術の場合は診断書)

※日数条件をご確認ください。

学校管理下を補償する共済 <右図参照>

けがの発生日から起算して3日目以降においても、  
共済金の支払いを受けるべき状態にある場合。

PTA活動中を補償する共済

日数条件はありません。

例)9/1にけがをした場合

○=入・通院日

	9/1	9/2	9/3	9/4	9/5	
例1	○					対象外
例2	○	○				対象外
例3	○	○	○			対象
例4	○		○			対象
例5			○			対象
例6					○	対象

FAX番号は単位PTAでご記入ください

学校FAX番号

【個人情報の取り扱いについて】ご記入いただいた個人情報は、札幌市PTA共済会が事務手続きのためにのみ使用し、それ以外には使用いたしません。