

一般社団法人 札幌市PTA共済会 行
(FAX 671-2374)

区分	<input checked="" type="radio"/>	学校管理下外を補償する共済
	<input type="radio"/>	PTA活動中を補償する共済 PTA活動の行事名 ()

報告日 2024 年 6 月 15 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 オオドオリ ハナコ 2012年10月10日生 大通 花子 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女) (11)才	
		住所	南区 西3条東3丁目1-1	
		所属 学校名	札幌市立 大通小 学校(幼稚園) 6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 オオドオリ ジロウ 大通 次郎	
2	事故の状況	事故の日時	2024年6月6日(木)曜日 午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後 5時00分頃	
		事故の場所	南区西6条北9丁目2-2 中央公園	
		事故が発生した原因と 状況	公園で遊んでいた際、 <u>転倒して左腕を骨折した。</u> 少年団・クラブチーム名:	
3	受傷した 部位	足首	傷病名 又は症状	骨折
4	治療の 見込みと 医療機関	治療の形態 (入院・ <input checked="" type="radio"/> 通院・手術)	治療の見込み期間* _____日・ <u>2</u> ヶ月間	医療機関名 <u>花丸病院</u>

※日数条件をご確認ください。

学校管理下外を補償する共済 <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 **1 2 3 - 4 5 6 7**

【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。

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)