

一般社団法人 札幌市 PTA 共済会 行
FAX 671-2374 又は庁内メール便にて

	学校管理下外のけが
	PTA活動中のけが 行事名 ()

報告日 20 年 月 日

事故報告書

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		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 _____					

※日数条件をご確認ください。

学校管理下外 <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

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。

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