

共済金請求書の記入見本

保護者・教職員・その他の会員 用

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）

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

受 傷 者 氏 名	フリガナ サッポロ イチロウ 札幌 一郎	男・女 生年月日 1980 年 8 月 8 日	札幌市立 札幌 幼小中																													
自 宅 住 所	豊 平 区 西 20 条 東 5 丁 目		日 中 連絡先 090-1234-5678 011-123-4567																													
事 故 日	2025 年 10 月 1 日	事 故 場 所 PTA行事(活動)名	札幌小体育館 P T A 親 子 ス ポ ー ツ 大 会																													
治 療 し た 病 院 名	花丸病院																															
受 傷 し た 部 位	手 首	診 断 名	骨 折																													
治 療 の 形 態	入院治療 2025 年 10 月 1 日 から 2025 年 10 月 10 日 まで（ 10 日間） 通院治療 2025 年 10 月 13 日 から 2025 年 10 月 30 日 まで実通院日数（ 3 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）	シーネ・シャーレ・ギプスシーネ・クラブクルバンド （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 （ シーネ ） 10 月 1 日 から 10 月 30 日 まで固定 （ ） 月 日 から 月 日 まで固定		手術名 観血的整復固定術 手術番号（ K - 0 4 6 ） 手術日 2025 年 10 月 1 日																													
現 在 の 状 態	治 療 ・ 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																																
10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	3 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
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

上記の内容が事実と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。

2025 年 11 月 1 日

共済金請求者 札幌 一郎

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	南北	銀行・信金・信用組合・農協	東西	支店・支所
預金の種類	普通	店番	245	口座番号 9 8 7 6 5 4 3
口座名義 (カタカナ)	サッポロ イチロウ		※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。	

上記受傷者は、事故日時点において P T A 会員であり、保護者記載の事実と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（ P T A 親 子 ス ポ ー ツ 大 会 ）

2025 年 11 月 1 日

学校名 札幌市立 札幌小学校

P T A 会長 小林 一茶

公印

※この欄は記入しないでください

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 共済金の請求には領収書コピーまたは診療明細書コピーを添付してください。
※診断書については以下のように変更がありますのでご注意ください。

重要

請求に必要な添付書類の変更について

2024年度契約期間に発生したけがに適用	<ul style="list-style-type: none">●領収書コピーまたは診療明細書コピー●入院を伴う手術を行った場合は診断書
2025年度契約期間に発生したけがに適用	<ul style="list-style-type: none">●領収書コピーまたは診療明細書コピー●入院を伴う手術を行った場合は<u>診療明細書コピー</u>

- 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注意ください。
- 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。)