ボールペン（消せないボールペン）での記入をお願いします。

様式－４　ＰＴＡ行事〔保護者・教職員（ＰＴＡ会員）〕

ＰＴＡコード				

一般社団法人岩手県ＰＴＡ連合会会長 様

共 済 金 請 求 書

必ずお読み下さい

下記の事故について、本共済金請求書に別紙申告書、診察券確認書又は治療証明書及び下記証明書を添えて、共済金を請求します。共済金は、下記「共済金振込口座」に振込んでください。口座への振込をもって共済金を受領したものと認めます。

下記の事故に関する受傷者の個人情報を貴会の職員又はその委託を受けた者が下記のとおり取り扱うことに同意します。

1．貴会が支払い共済金算定の判断・共済金支払のために利用すること。

2．貴会が以下、およびその他業務上必要とする範囲で取得、利用、提供または登録すること。

※　貴会が前記１．の業務のため業務委託先、医療機関、共済金請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先等に提供を行い、又はこれらの者から提供をうけること。

保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定すること。

保護者記入欄

記入日（請求日）	２０　　年　　月　　日

フリガナ		性別	該当するものに「○」及び「✓」をつけて下さい				
受傷者氏名（ＰＴＡ会員）		男　女	保護者	子どもの氏名・学年			
				氏名		小学校・支援学校・中学校・幼稚園	学年等
生年月日	昭・平　　年　　月　　日生（事故当時　　歳）		教職員	共済掛金納入済 □　※納入済は ☑			

事故発生日時	２０　　年　　月　　日（　　曜日）	午前　午後　　時頃	
事故発生場所	県内　県外		
事故の概況	主催ＰＴＡ名	ＰＴＡ	行事名
	負傷時の状況	（した）とき	
	負傷の原因	に　よ　り	
	負傷箇所と状態		

保護者　担当者　補足（　　）

共済金請求者				
保護者（ＰＴＡ会員）	住所	〒□□□－□□□□ フリガナ 市・町・村		
	氏名（振込先口座名義）	フリガナ	←姓と名の間は一マス空けてご記入ください。	
		漢字	印	電話番号 日中連絡先　（　　）（　　）
共済金振込口座	ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行・信用金庫・信用組合・農協・漁協・労金	本店・支店・出張所	店番　口座種類　口座番号　普通預金
	ゆうちょ銀行	通帳記号　1　0	通帳番号　1	←左づめでご記入ください。

「申告書」と同じ印をご捺印ください。

証　　明　　書

学校記入欄

記入日（証明日）	２０　　年　　月　　日

・上記の事故はＰＴＡ行事参加、活動中に発生し、受傷者はＰＴＡ会員であることを証明いたします。

市町村名	市・町・村　立	学校（園）名	
電話番号	（　　）		
ＰＴＡ会長氏名	ＰＴＡ会長職印		

担当者　職名		氏名	

2024.4