

記入例

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－1

一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

PTAコード 9800

記入日 2024年5月13日

傷害事故発生報告書

P T A 名	盛岡 市町村立 みたけ小学校 PTA
学校(園)の電話番号	019 (641) 6445

必ず記入してください。

下記の通り、学校管理下外・PTA行事中の事故が発生しましたので報告します。

記

フリガナ	キョウサイ タロウ	学年(事故当時)	性別
受傷者氏名	共済太郎	6 学年	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
該当する 事項に <input checked="" type="checkbox"/> 印	受傷者の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 児童・生徒・園児 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 保護者の代理出席者	
	種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 学校管理下外 <input type="checkbox"/> PTA行事	
事故発生日時	2024年5月10日(金) <input type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 4 時頃		
事故発生場所	<input checked="" type="radio"/> 県内 <input type="radio"/> 県外	みたけ小学校 校庭	
事故の状況 (概略でよろしいです)	サッカーの練習中 転んで手首を骨折した。		
スポーツ活動の場合	<input checked="" type="radio"/> スポ少 <input type="radio"/> 父母会 <input type="radio"/> 社会体育 <input type="radio"/> その他 ()		
傷害の程度	<input type="checkbox"/> 入院 日位	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 8 日位	<input type="checkbox"/> 未定

必ず記入してください。

担当者

職名

養護教諭

氏名

厨川 さく子

※事故発生日から180日 → / /

岩手県PTA連合会事務局 FAX: 019-641-6453

【個人情報に関する取扱いについて】

一般社団法人岩手県PTA連合会は、本共済契約に関する個人情報を共済引受審査、支払いの判断、本共済契約の履行のために利用します。また、上記の利用目的のため必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。なお、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内に限定します。

記入例

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。

様式一 2 学校管理下外〔児童・生徒・園児〕

P T A コード 9 8 0 0

一般社団法人岩手県 P T A 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ご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。

- 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。
- 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受けること。
 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。

記入日（請求日）	20 24 年 7 月 14 日		
フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	生年月日
受傷者氏名	共済太郎	男	平成・令和 24年 8 月 10 日生
事故発生日時	20 24 年 5 月 10 日（金曜日）	午前	午後 4 時頃
事故発生場所	県内	みたけ小学校	
事故の概況	負傷時の状況	サッカーの練習を（した）とき	
	負傷の原因	つまずいて転んだこと により	
	負傷箇所と状態	右手首を骨折した	

※スポーツ活動の場合 スポ少・父母会・社会体育・その他（ ）

保護者 記入欄
 保護者 担当者 補足（午前授業で一旦帰宅後、スポ少活動のため来校した）

共済金請求者	住所	〒020-0196 フリガナ モリオカ ミタケ 盛岡市 みたけ九丁目1-1	
	氏名 (振込先口座名義)	フリガナ	漢字
		キョウサイ シンジロウ	共済進二郎
	共済金振込口座	ゆうちょ銀行以外の金融機関	ひまわり
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号
		1	0

電話番号 019(641)6453
 日中連絡先 090 4313 8072

店番 020 口座種類 普通預金 口座番号 1234567

←姓と名の間は一マス空けてご記入ください。 ←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

記入日（証明日） 20 24 年 7 月 14 日

・上記の事故は学校管理下外に発生し、受傷者は事故当時、本校（園）に在学（園）していたことを証明いたします。

市町村名	盛岡市 立	学校（園）名	みたけ小学校
電話番号	019(641)6445	校（園）長名	岩手二郎

担当者 職名	養護教諭	氏名	厨川さく子
--------	------	----	-------



様式－5 医療機関（病院・クリニック・医院）
一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

申告書（兼医療照会同意・委任書）

必ずお読み下さい

下記の申告内容について、貴会が、関係者（医療機関関係者含む）（以下「関係者」という）に【医療照会】を行うことに同意し、委任いたします。
なお、貴会の照会に対し、関係者から回答を得られない場合は、治療証明書を提出いたします。
【医療照会】当会（学校関係者含む）は事実確認を行うために、関係者等に対し、共済金請求のあった診療に関する情報の提供「治療、検査、関連するほかの診療等に関する説明（治療証明書等書面による説明含む）」を直接求めることがあります。

申告日	2024年7月14日		
受傷者氏名	共済太郎	保護者氏名 (PTA会員)	共済進二郎
医療機関名	みたけ病院	診療科名	整形外科
傷病名 (医師に確認下さい)	※受傷部位も明記願います。 右橈骨遠位端骨折		電話番号 019(640)4321

入院期間	20年 月 日から 20年 月 日まで うち外泊月日(月日)(月日)	通院記録 (通院した日を○で囲んで下さい)																																																																																																																																																																																																																																												
		5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計																																																																																																																																																																																																												
通院期間	2024年5月10日から 2024年7月5日まで うち実際に通院した日数(8日)	5月10日○	5月11日○	5月12日○	5月13日○	5月14日○	5月15日○	5月16日○	5月17日○	5月18日○	5月19日○	5月20日○	5月21日○	5月22日○	5月23日○	5月24日○	5月25日○	5月26日○	5月27日○	5月28日○	5月29日○	5月30日○	5月31日○	6月1日○	6月2日○	6月3日○	6月4日○	6月5日○	6月6日○	6月7日○	6月8日○	6月9日○	6月10日○	6月11日○	6月12日○	6月13日○	6月14日○	6月15日○	6月16日○	6月17日○	6月18日○	6月19日○	6月20日○	6月21日○	6月22日○	6月23日○	6月24日○	6月25日○	6月26日○	6月27日○	6月28日○	6月29日○	6月30日○	7月1日○	7月2日○	7月3日○	7月4日○	7月5日○	7月6日○	7月7日○	7月8日○	7月9日○	7月10日○	7月11日○	7月12日○	7月13日○	7月14日○	7月15日○	7月16日○	7月17日○	7月18日○	7月19日○	7月20日○	7月21日○	7月22日○	7月23日○	7月24日○	7月25日○	7月26日○	7月27日○	7月28日○	7月29日○	7月30日○	7月31日○	8月1日○	8月2日○	8月3日○	8月4日○	8月5日○	8月6日○	8月7日○	8月8日○	8月9日○	8月10日○	8月11日○	8月12日○	8月13日○	8月14日○	8月15日○	8月16日○	8月17日○	8月18日○	8月19日○	8月20日○	8月21日○	8月22日○	8月23日○	8月24日○	8月25日○	8月26日○	8月27日○	8月28日○	8月29日○	8月30日○	8月31日○	9月1日○	9月2日○	9月3日○	9月4日○	9月5日○	9月6日○	9月7日○	9月8日○	9月9日○	9月10日○	9月11日○	9月12日○	9月13日○	9月14日○	9月15日○	9月16日○	9月17日○	9月18日○	9月19日○	9月20日○	9月21日○	9月22日○	9月23日○	9月24日○	9月25日○	9月26日○	9月27日○	9月28日○	9月29日○	9月30日○	10月1日○	10月2日○	10月3日○	10月4日○	10月5日○	10月6日○	10月7日○	10月8日○	10月9日○	10月10日○	10月11日○	10月12日○	10月13日○	10月14日○	10月15日○	10月16日○	10月17日○	10月18日○	10月19日○	10月20日○	10月21日○	10月22日○	10月23日○	10月24日○	10月25日○	10月26日○	10月27日○	10月28日○	10月29日○	10月30日○	10月31日○	11月1日○	11月2日○	11月3日○	11月4日○	11月5日○	11月6日○	11月7日○	11月8日○	11月9日○	11月10日○	11月11日○	11月12日○	11月13日○	11月14日○	11月15日○	11月16日○	11月17日○	11月18日○	11月19日○	11月20日○	11月21日○	11月22日○	11月23日○	11月24日○	11月25日○	11月26日○	11月27日○	11月28日○	11月29日○	11月30日○	12月1日○	12月2日○	12月3日○	12月4日○	12月5日○	12月6日○	12月7日○	12月8日○	12月9日○	12月10日○	12月11日○	12月12日○	12月13日○	12月14日○	12月15日○	12月16日○	12月17日○	12月18日○	12月19日○	12月20日○	12月21日○	12月22日○	12月23日○	12月24日○	12月25日○	12月26日○	12月27日○	12月28日○	12月29日○	12月30日○	12月31日○	計
治療結果	治療期間中に固定具を使用した場合は、ご記入願います。 治癒・治療継続中・転医 2024年7月5日 後遺症 有 無 (医師の診断によるもの)																																																																																																																																																																																																																																													

保護者記入欄

「共済金請求書」に記載の「共済金請求者様氏名の記入及び同じ印鑑を押印下さい。」

病院・クリニック・医院用

固定具の種類	固定具例	固定部位	本人又は保護者による着脱	固定期間	受傷部位が上肢(肩～手指)および下肢(太もも～足指まで)の場合、固定部位を塗り潰してください。
該当する固定具の種類を確認ください	下図を参考ください	(記入例) 親指～手首	入浴時において着脱可 か否か明記ください	医療機関で固定具を装着した日から取り外した日を記入ください	
ギプス 一般的に「石膏ギプス・プラスチックキャスト」と言われるもので、ぬるま湯に浸したギプス包帯を巻き、乾かして固定します。		手のひら～手首	可 不可	2024年5月10日から 2024年5月30日まで (21日間)	
ギプスシャーレ ギプス包帯を巻いて固めたのち、半分にカットし、包帯等で固定します。		手のひら～手首	可 不可	2024年5月30日から 2024年6月14日まで (16日間)	
副子(シーネ)固定 副子(シーネ)と呼ばれる固定具をあてて、包帯等で固定します。「添え木固定」や「副木固定」とも言います。		～	可 不可	20年 月 日から 20年 月 日まで (日間)	けがの部位が、肩関節から手指まで
ギプスシーネ 副子(シーネ)固定の一種で、副子(シーネ)を石膏ギプスの素材で作ったものを言います。		～	可 不可	20年 月 日から 20年 月 日まで (日間)	けがの部位が、太ももから足指まで
その他() ※三角巾固定、ポリネック、鎖骨バンド、コルセット等		～		20年 月 日から 20年 月 日まで (日間)	

事務局使用欄

※事故発生日から180日 → / /

診察券確認書

診察券

No. 108 初診 2024年 1月17日

①.本.②.家.国.生.他

共 濟 太 郎 様

盛岡市みたけ一丁目1-1
みたけ病院
TEL 019 (640) 4321

2024年	①	2	3	4	⑤	⑥	⑦	8	9	10	11	12
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

・診療時間

(月)~(金) 午前8:30~午後12:30

午後2:00~午後6:00

(土) 午前8:30~午後12:30

・休診日 日曜日、祝日、土曜午後

※診察券が発行されなかったり、紛失した場合は、上のコピー診察券(表)貼付欄に「医療機関名」・「施術所名」の入ったゴム印を押してもらってください。(医師・柔道整復師の署名・印鑑は不要)

保護者又は担当者補足 (事故日と初診日が合わないときなど)

(・冬休みにけがをした時、発行された診察券を今回使用しました。
・ツップをして様子を見ていたが、治らないので病院に行きました。)