

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 1

一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

PTAコード **9 8 0 0**  
 記入日 **20 25** 年 **1** 月 **14** 日

傷害事故発生報告書

P T A 名	<b>盛岡</b> <input checked="" type="radio"/> 市 <input checked="" type="radio"/> 町 <input checked="" type="radio"/> 村立 <b>みたけ小学校</b> P T A
学校(園)の電話番号	<b>019 ( 641 ) 6445</b>

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	<b>タキザワ マサコ</b>	学年(事故当時)	性別
受傷者氏名	<b>滝沢 正子</b>	<b>6</b> 学年	<input checked="" type="radio"/> 男 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 学校管理下外 <input checked="" type="checkbox"/> P T A 行事	
事故発生日時	<b>20 25</b> 年 <b>1</b> 月 <b>9</b> 日 ( <b>木</b> ) <input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 <b>10</b> 時頃		
事故発生場所	<input checked="" type="radio"/> 県内 <input type="radio"/> 県外 <b>岩山スキー場</b>		
事故の状況 (概略でよろしいです)	<b>PTA行事の親子スキー教室に参加し、 スキーで滑走したとき、転倒したことにより 左足首を捻った。</b>		
スポーツ活動の場合	<input 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 <b>5</b> 日位	<input type="checkbox"/> 未定

必ず記入してください。

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－3 P T A 行事〔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会員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。

記入日（請求日） 20 25 年 1 月 27 日

フリガナ	タキ サワ マサ コ	性別	生年月日	平成・令和 24年 4 月 3 日生
受傷者氏名	滝沢正子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	事故当時 学年・年齢	6 学年（12 歳）

事故発生日時 20 25 年 1 月 9 日（木曜日） 午前  午後  10 時頃

事故発生場所  県内  県外 岩山スキー場

事故の概況	主催 P T A 名	みたけ小学校 P T A	行事名	親子スキー教室
	負傷時の状況	スキーで滑走 (した)とき		
	負傷の原因	転倒したこと により		
	負傷箇所と状態	左足首を捻った		

保護者 保護者 担当者 補足 ( )

保護者記入欄

共済金請求者	住所	〒020-0196 フリガナ モリオカ ミタケ 盛岡 <input checked="" type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 町 <input type="radio"/> 村 みたけ八丁目1-1	
	氏名 (振込先口座名義)	フリガナ タキサワ カズオ 漢字 滝沢一男	電話番号 日中連絡先 019(640)2220 090(4313)8072
	共済金振込口座	ゆうちょ銀行以外 の金融機関 ひまわり <input checked="" type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 <input type="radio"/> 労金	本店 <input type="radio"/> 支店 <input checked="" type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 店番 020 口座種類 普通預金 口座番号 3456789
	ゆうちょ銀行	通帳番号 1 0 1	↑左つめてご記入ください。

「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 25 年 1 月 27 日

- ・上記の事故は P T A 行事参加、活動中に発生したことを証明いたします。
- ・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 <input checked="" type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 町 <input type="radio"/> 村 立	学校(園)名	みたけ小学校
電話番号	019(641)6445		
P T A 会長 氏名	北上三平 <input checked="" type="checkbox"/> 会長 <input type="checkbox"/> 幹事 <input type="checkbox"/> 委員 <input type="checkbox"/> 職員	校(園)長 氏名	岩手二郎 <input checked="" type="checkbox"/> 校長 <input type="checkbox"/> 園長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 職員

学校記入欄

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

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－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	20 25 年 1 月 27 日		
受傷者氏名	滝沢正子	保護者氏名 (PTA会員)	滝沢一男
医療機関名	姫神クリニック	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。 左足首捻挫		電話番号 019 (087) 9876

入院期間	20 年 月 日から	通院記録 (通院した日を○で囲んで下さい)																	
	20 年 月 日まで	1 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
通院期間	20 25 年 1 月 9 日から	1 月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
	20 25 年 1 月 9 日まで	2 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
治療結果	うち外泊月日 ( 月 日 ) ( 月 日 )	3 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	うち実際に通院した日数 ( 1 日 )	4 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	治療結果	5 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	後遺症	6 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	(医師の診断によるもの)	7 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
		8 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
		9 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
		10 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
		11 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
		12 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計

保護者記入欄

※治療期間中に固定具を使用した場合は、ご記入願います。

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。		～	可 不可	20 年 月 日から 20 年 月 日まで ( 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。		～	可 不可	20 年 月 日から 20 年 月 日まで ( 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)	
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)	
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 → / /

「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。」

様式一 6 施術所（接骨院・整骨院）  
一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

申告書（兼施術照会同意・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（施術所関係者含む）（以下「関係者」という）に【施術照会】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、施術証明書を提出いたします。  
【施術照会】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「施術等に関する説明（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	2025年1月27日		
受傷者氏名	滝沢正子	保護者氏名 (PTA会員)	滝沢一男
施術所名	はやちね整骨院	電話番号	019(023)7654
負傷名	※受傷部位も明記願います。 左足首捻挫		

施術期間	2025年1月10日から 2025年1月20日まで (11日間) うち実際に施術した日数 (4日)	施術記録 (施術した日を○で囲んで下さい)															
	1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
結果	治癒 継続中 2025年1月20日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
	転医 中止	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計

「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。

保護者記入欄

Q1. 「平常の生活に支障がない程度に傷害がなおった時」は、何月何日頃でしょうか。  
(子どもの場合は、体育の授業や部活動に出られる状態)  
2025年1月18日頃  
補足説明 運動を再開した

Q2. この度の施術について医師の同意はありましたか。  
無、有でご回答いただき、有の場合は、医療機関名、書面又は口頭であるかをご記入願います。  
 無  
 有 ⇒ 医療機関名 姫神クリニック  
 書面による同意  
 口頭による同意 ⇒  医師と直接やりとり  患者（保護者）からの報告  
 その他 ( )

Q3. この度の施術は保険診療で行っていますか。  
 保険診療  自費診療  その他

事務局使用欄  
※事故発生日から180日 → / /  
※事故発生日から21日 → / /

診 察 券 確 認 書

Himekami

姫神クリニック

	患者番号
氏 名 滝沢 正子	000003333
生年月日 平成24年4月3日	性別 F

・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)

( )

診察券確認書

診察券	はやちね 整骨院
番号	030-8543-2
氏名	タキザワ マサコ
生年月日	2012.04.03 F
1. この診察券は、ご来院のとき必ずご持参ください。 2. 住所などに変更があった場合はすぐに申し出て ください。	

※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)

自宅から近い はやちね整骨院で施術を受けることを  
姫神クリニックの医師に同意を得て通院した。