

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 2024年8月22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 P T A
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	イワヤマ ダイスケ	学年(事故当時)	性別
受傷者氏名	岩山 大助	学年	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
該当する 事項に	受傷者の区分	<input type="checkbox"/> 児童・生徒・園児 <input checked="" 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	
印	<input checked="" type="checkbox"/>		
事故発生日時	2024年8月18日(日) <input type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 1 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 体育館		
事故の状況 (概略でよろしいです)	PTA球技大会でソフトバレーボールの試合中 ジャンプをしたとき転倒し、右足のアキレス腱を 損傷した。		
スポーツ活動の場合	<input checked="" type="radio"/> スポ少 <input checked="" type="radio"/> 父母会 <input checked="" type="radio"/> 社会体育 <input type="radio"/> その他 ()		
傷害の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 5 日位	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 10 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。

様式ー 4 P T A 行事〔保護者・教職員（P T A 会員）〕

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 11 月 15 日

フリガナ	イワヤマ ダイスケ	性別	該当するものに「○」及び「✓」をつけて下さい		
受傷者氏名 (P T A 会員)	岩山大助	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	保護者 <input checked="" type="checkbox"/>	氏名	花
生年月日	昭・平 56 年 4 月 10 日生 (事故当時 43 歳)	教職員 <input checked="" type="checkbox"/>	共済掛金納入済 <input type="checkbox"/>	※納入済は <input checked="" type="checkbox"/>	子どもの氏名・学年 小学校 <input checked="" type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 4 学年等

事故発生日時	20 24 年 8 月 18 日 (日曜日)		午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/>	1 時頃
事故発生場所	県内 <input checked="" type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/>	みたけ小学校 体育館		
事故の概況	主催 P T A 名	みたけ小学校 P T A	行事名	P T A 球技大会
	負傷時の状況	ソフトバレーボールの試合中、ジャンプ (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	右足のアキレス腱を損傷した		

保護者 記入欄
保護者 担当者 補足 ()

共済金請求者	住所	〒020-0196 フリガナ モリオカ ミタケ 盛岡市 <input checked="" type="checkbox"/> みたけ七丁目 1-1	
	氏名 (振込先口座名義)	フリガナ イワヤマ ダイスケ 漢字 岩山大助	←姓と名の間は一マス空けてご記入ください。
	共済金振込口座	ゆうちょ銀行以外金融機関	みまわり <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> (信用金庫・信用組合・農協・漁協・労金) 青山 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> (本店・出張所)
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0 通帳番号 1	電話番号 019(640)1110 日中連絡先 090(4313)8072 店番 020 口座種類 普通預金 口座番号 2345678 ↑左づめてご記入ください。

「申告書」と同じ印を二捺印ください。

証 明 書

記入日（証明日） 20 24 年 11 月 15 日

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

市町村名	盛岡市 <input checked="" type="checkbox"/> 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	岩手二郎 		
担当者 職名	養護教諭	氏名	厨川 さく子

学校記入欄

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11月15日		
受傷者氏名	岩山大助	保護者氏名 (PTA会員)	岩山大助
医療機関名	くりこま整形外科医院	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。 右アキレス腱断裂	電話番号	019(062)3344

入院期間	2024年8月18日から 2024年8月26日まで 9日間 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)																														
		8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	1	日											
通院期間	2024年8月29日から 2024年11月7日まで 71日間 うち実際に通院した日数(12日)	9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	6	日											
		10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	3	日											
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11月7日 後遺症 有 無 (医師の診断によるもの)	11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	1	日											
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計		日											
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計		日											
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計		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。」

保護者記入欄

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。
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。		親指～手首	入浴時において着脱可 か否か明記ください	2024年8月20日から 2024年9月13日まで (25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。		親指～足先		2024年9月13日から 2024年9月20日まで (8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。		親指～足先		2024年8月18日から 2024年8月20日まで (3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。		～		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 → / /

診察券確認書

くりこま整形外科医院

番号 002-35984-1

氏名 イワヤマ ダイスケ
岩山 大助

生年月日 昭和56年04月10日

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:30	○	○	○	○	○	休	○
14:00~18:00	○	○	○	○	○	休	休

休診日：土曜日 日曜午後 祝日

※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)