記　入　例

様式ー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　平成　　年　　月　　日

必ず記入してください。

傷害事故発生報告書

ＰＴＡ名	盛岡　(市)町村立　みたけ小　ＰＴＡ
ＰＴＡ会長名	北上三平
学校（園）の電話番号	019（641）6445

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

必ず記入してください。

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	(男)　女
該当する事項に☑印	受傷者の区分	(☐)児童・生徒・園児　☐保護者　☐教職員 ☐保護者の代理出席者		
	種別	(☐)学校管理下外　☐ＰＴＡ行事		

事故発生日時	平成 29 年 5 月 12 日（金）　午前　(午後) 4 時　分頃
事故発生場所	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	(スポ少)・父母会・社会体育・その他（　　）
傷害の程度	・入院　　日位　　・通院　7 日位

事務担当者　職名　養護教諭　氏名　厨川さく子

※180日➡　／

岩手県ＰＴＡ連合会事務局　ＦＡＸ：０１９－６４１－６４５３

H29.4

記　入　例

様式ー２　学校管理下外〔児童・生徒・園児〕

一般社団法人岩手県ＰＴＡ連合会会長 様

ＰＴＡコード	9	8	0	0

共 済 金 請 求 書

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。

記入日（請求日）　平成 29 年 7 月 11 日

フリガナ	キョウ サイ タ ロウ	性別	生年月日	平成 17 年 8 月 10 日生
受傷者氏名	共 済 太 郎	(男)(女)		（事故当時 11 歳）

事故発生日時	平成 29 年 5 月 12 日（ 金 曜日）(午前)(午後) 4 時 30 分頃	
事故発生場所	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)（　　）

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	PTA会員（保護者）	住所	〒020-0196
			フリガナ モリ オカ ミ タ ケ
			盛岡(市)(町)(村) みたけ 九丁目 1－1
		氏名	フリガナ キョウ サイ シン ジ ロウ
			共 済 進 二 郎

電話番号	019（641）6453
日中連絡先	090（4313）8072

「申告書」と同じ印をご捺印ください。

振込先	上記「共済金請求者」様名義の口座をご記入ください。（※他の方の口座へは振込できません。）					
	ゆうちょ銀行以外の金融機関	ひまわり (銀行)(信用金庫)(信用組合)(農協)(漁協)(労金)	青山 (本店)(支店)(出張所)	店番 020	口座種類 (1)普通預金(総合口座) (2)当座預金	口座番号 1234567
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号			
	口座名義（カタカナ）	キョウサイ シンジ ロウ				

必ず○を付けてください。　左づめでご記入ください。

必ずご記入ください。

証　明　書

受傷者氏名	共 済 太 郎

・上記の事故は学校管理下外の事故であることを証明いたします。

・上記の者は事故当時本校（園） 6 学年に在学（園）している（いた）ことを証明いたします。

記入日（請求日）　平成 29 年 7 月 11 日

〒020-0196		学校（園）の電話番号	019（641）6445
岩手県 盛岡	(市)町村 みたけ 三丁目 38－20		
代表者氏名	みたけ小	学校（園）長	岩 手 二 郎

みたけ学校長 職印

事務担当者　職名 養護教諭　氏名 厨川さく子

H29.4

記　入　例

様式ー３　ＰＴＡ行事〔児童・生徒・園児〕

一般社団法人岩手県ＰＴＡ連合会会長 様

ＰＴＡコード	9	8	0	0

共 済 金 請 求 書

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。

記入日（請求日）　平成 30 年 2 月 17 日

フリガナ	タキ　ザワ　マサ　コ	性別	生年月日	平成 17 年 4 月 3 日生
受傷者氏名	滝沢正子	男 女		（事故当時 12 歳）

事故発生日時	平成 30 年 1 月 14 日（ 日 曜日） 午前 午後 10 時 30 分頃			
事故発生場所	岩山スキー場			
事故の概況	主催ＰＴＡ名	みたけ小学校 ＰＴＡ	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	顔面を強打		

担当者補足（　　）

共済金請求者	ＰＴＡ会員（保護者）	住所	〒020-0196	
			フリガナ モリ オカ ミタケ	
			盛岡 市町村 みたけ八丁目1-1	
		氏名	フリガナ タキ ザワ カズ オ	
			滝沢一男	電話番号 019（640）2220
				日中連絡先 090（4313）8072

「申告書」と同じ印をご捺印ください。

振込先	上記「共済金請求者」様名義の口座をご記入ください。（※他の方の口座へは振込できません。）					
	ゆうちょ銀行以外の金融機関	ひまわり 銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協 労金	青山 本店 支店 出張所	店番 020	口座種類 ① 普通預金（総合口座） ② 当座預金	口座番号 3456789
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号			
	口座名義（カタカナ）	タキザワ カズオ				

必ず○を付けてください。　左づめでご記入ください。

必ずご記入ください。

証　明　書

受傷者氏名	滝沢正子

・上記の事故はＰＴＡ行事参加、活動中の事故であることを証明いたします。

・上記の者は事故当時本校（園） 6 学年に在学（園）している（いた）ことを証明いたします。

記入日（請求日）　平成 30 年 2 月 17 日

〒020-0196		学校（園）の電話番号	019（641）6445
岩手県 盛岡 市町村 みたけ三丁目38-20			
代表者氏名	みたけ小 学校（園）ＰＴＡ会長 北上三平		みたけ小学校 ＰＴＡ会長 職印
	みたけ小 学校（園）長 岩手二郎		みたけ学校 職印

事務担当者　職名 養護教諭　氏名 厨川さく子

H29.4

記　入　例

様式ー４　ＰＴＡ行事〔ＰＴＡ会員（保護者・教職員）〕

一般社団法人岩手県ＰＴＡ連合会会長 様

ＰＴＡコード	9	8	0	0

共 済 金 請 求 書

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。

記入日（請求日）　平成 29 年 11 月 17 日

フリガナ	イワ　ヤマ　ダイ　スケ	性別	該当するものに○をつけて下さい
受傷者氏名（PTA会員氏名）	岩　山　大　助	男（○）　女	保護者会員（○）・教職員会員
		子どもの学年	小学校（○）・中学校
生年月日	昭（○）・平 51 年 4 月 10 日生　（事故当時 40 歳）		4 年

事故発生日時	平成 29 年 8 月 20 日（ 日 曜日）午前（午後）（○）　1 時 40 分頃			
事故発生場所	みたけ小学校　体育館			
事故の概況	主催ＰＴＡ名	みたけ小学校　ＰＴＡ	行事名	PTA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		

担当者補足（　　）

共済金請求者（PTA会員（保護者・教職員））	住所	〒020-0196		
		フリガナ モリ　オカ　ミタケ		
		盛岡 市町村　みたけ七丁目 1-1		
	氏名	フリガナ イワ　ヤマ　ダイ　スケ	岩山（印）	電話番号 019（640）1110
		岩　山　大　助		日中連絡先 090（4313）8072

「申告書」と同じ印をご捺印ください。

振込先	上記「共済金請求者」様名義の口座をご記入ください。（※他の方の口座へは振込できません。）					
	ゆうちょ銀行以外の金融機関	ひまわり　銀行（○）　信用金庫　信用組合　農協　漁協　労金	青山　本店　支店（○）　出張所	店番 020	口座種類 ①普通預金（総合口座）②当座預金	口座番号 2345678
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1　0	通帳番号			
	口座名義（カタカナ）	イワヤマ　ダイスケ				

必ず○を付けてください。　左づめでご記入ください。

必ずご記入ください。

証　明　書

受傷者氏名	岩　山　大　助

・上記の者はＰＴＡ会員であることを証明いたします。

・上記の事故はＰＴＡ行事参加、活動中の事故であることを証明いたします。

記入日（請求日）　平成 29 年 11 月 17 日

〒020-0196		学校（園）の電話番号	019（641）6445
岩手県	盛岡　市町村（○）　みたけ三丁目 38-20		
代表者氏名	みたけ小	学校（園）ＰＴＡ会長	岩手二郎

みたけ小学校 PTA会長印

事務担当者　職名 養護教諭　氏名 厨川さく子

H29.4

受診された「医療機関」及び「診療科」毎に『申告書』を分けて
ＰＴＡ会員（保護者）により作成願います。

様式ー５

下記の申告内容につき、私の主治医が、傷病名・症状・治療内容について、貴会に説明することに同意します。なお貴会の照会に対し、担当医もしくは医療機関から回答を得られない場合は改めて治療証明書を提出します。

一般社団法人岩手県ＰＴＡ連合会会長 様

申　告　書 兼 医療照会同意書

「共済金請求書」に記載の「共済金請求者」様氏名をご記入ください。

申　告　日	平成 29 年 7 月 11 日			
受傷者氏名	共 済 太 郎	ＰＴＡ会員氏名（保護者氏名）	共 済 進 二 郎	共済印

「共済金請求書」と同じ印をご捺印ください。

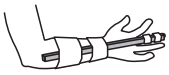
医療機関名	みたけ病院	診療科名	整形外科
傷　病　名（医師に確認下さい）	※受傷部位も明記願います。 右橈骨遠位端骨折	電話番号	019 （ 640 ） 4321

入院期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで うち外泊月日（　月　日）（　月　日）	日間
通院期間	平成29年 5 月12 日から 平成29年 7 月 3 日まで うち実際に通院した日数（ 6 日）	53 日間
治療結果	治　癒 ・ 治療継続中 ・ 転　医 平成 29 年 7 月 3 日	
	後 遺 症　有　無 （医師の診断によるもの）	

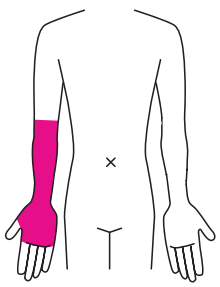
通院記録（通院した日を○で囲んで下さい）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
5 月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		3 日
6 月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		2 日
7 月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		1 日
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日

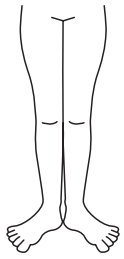
※治療期間中に固定具を使用した場合は、ご記入願います。

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
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～ひじ	可　不可	平成29年 5 月12 日から 平成29年 5 月26 日まで（ 15 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～ひじ	可　不可	平成29年 5 月26 日から 平成29年 6 月 6 日まで（ 12 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	平成　年　月　日から 平成　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	平成　年　月　日から 平成　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		～		平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで（　日間）

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。**



けがの部位が、肩関節から手指まで



けがの部位が、太ももから足指まで

事務局使用欄　　※180日➡　／

H29.4

記　入　例

様式－７

診　察　券　確　認　書

診　察　券

No.　１０８　　初診　２９年　１月１５日

㊞.本.㊫.国.生.他

共　済　太　郎　様

盛岡市みたけ一丁目１－１
み　た　け　病　院
ＴＥＬ　019（640）4321

29 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

㈪～㈮　午前８：30～午後12：30
午後２：00～午後６：00

㈯　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」の入ったゴム印を押してもらってください。
（医師の署名・印鑑は不要）

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。
・シ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。

H29.4