

A 3版にコピーをしてご使用ください。

様式 3

※ 受付番号

平成 年 月 日

## 共 済 金 事 故 報 告 書

一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会理事長 様

下記の事故について、事実と相違ないことを確認したので報告します。

立 園・学校 P T A 会長(代表)

〒

所在地

電話番号 ( ) FAX ( )

事務担当者名

被災者住所	郡市	町村			
フリガナ被災者氏名			男・女	年齢	歳
電話	( )				
加入種別	1. P T A 会員(保護者・教職員) 2. 児童・生徒等 3. 指導者 4. その他( )				
事業種別	1. P T A 主催事業 2. P T A 共催事業(共催団体名)				
被災日時	平成 年 月 日 曜日(午前・午後 時 分頃)				
被災場所					
事業名称					
事故原因と状況					
被災種別	1. 傷害(部位: ) 2. 死亡 (傷害名: ) ※ 医師に確認の上、正確にご記入下さい。				
手術	有 ・ 無		入院	有 ・ 無	

※ 申請期間は、事故発生日より **90 日以内**とする。

## 事 故 証 明 書

上記記載内容に相違ないことを証明します。

P T A 会長(代表)	所属学校長(園長)
氏名(自署) 平成 年 月 日	氏名(自署) 平成 年 月 日

様式 4

平成 年 月 日

## 共 済 金 請 求 書

一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会理事長 様  
共済金事故報告書に基づき、共済金の請求をします。  
なお、共済金につきましては、次の「共済金振込口座」【被災者本人(原則)の個人名義】への振込をもって受領したことを認めます。

立 園・学校 P T A 会長(代表) 公印  
事務担当者名

※ 氏名欄の㊟(2ヶ所)は三文判で結構です。

請求者	共済金振込口座	金融機関	住所	〒	郡・市	
			フリガナ氏名	印	連絡先 電話 ( ) 自宅 勤務先	
			銀行等	銀行	信用金庫	信用組合
				農協	労働金庫	
			支店(支所)	普通総合当座	口座番号	
			口座名義	フリガナ氏名		
郵便局	記号	番号				
	おなまえ					
	おところ					

## 同 意 書

主治医 様

上記の請求者の症状、治療内容、既往病歴等について一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会または同法人が委嘱する本状持参の者より貴殿に対し照会がありましたときは、ご腹藏なく説明いただくことに同意いたしますので、ご回答下さるようご依頼申し上げます。

なお、診断書または証明書の作成をお願いした際にはお手数ですが、ご発行くださるよう併せてお願い申し上げます。

住所: \_\_\_\_\_

氏名(会員または被災者)(自署) \_\_\_\_\_ ㊟

被災者との続柄(本人以外が同意者の場合) \_\_\_\_\_

【個人情報の取扱いについて】 本会が取得した個人情報は、共済制度の適用を判断するために、審査および医療機関等関係者への問い合わせ、共済金の支払に利用する以外には、業務の適切な運営の確保等に必要と認められる最小範囲の利用に限定します。

一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会事務局記入欄	
種 別	金 額
負傷共済金(上限 12 万円)	円
手術共済金(上限 4 万円)	円
疾病共済金(上限 3 万円)	円
入院共済金(一律 3 万円)	円
死亡共済金(事故 200 万円)	円
同上(突然死 100 万円)	円
後遺障害共済金(上限 200 万円)	円
診断書料補助金	円
合 計 金 額	円

左記のとおり給付を決定する。  
平成 年 月 日

理事長	事務局長
-----	------

支払日 平成 年 月 日