

園児・児童・生徒 用

区分

学校管理下外を補償する共済

PTA活動中を補償する共済

共済金請求書兼治療申告書

一般社団法人 札幌市PTA共済会 行

*保護者が記入して下さい

受傷者氏名	フリガナ		男・女		札幌市立	幼・小・中	年																									
			生年月日	年 月 日																												
保護者氏名 (共済金請求者)	フリガナ		自宅住所	TEL																												
事故日	平成	年	月	日	事故場所																											
治療した病院名																																
受傷した部位				医師等の診断名																												
治療の形態																																
入院治療 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで (日間)																																
通院治療 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで実通院日数 (日間)																																
固定具使用の場合	① 石膏ギブス・プラスチックキャスト (患者側による取り外しが不可能なもの。 ただし、シーネ・シャーレは②へ)			② ①以外の固定具 ※装具、内固定、サポーター、テーピング、 三角巾、包帯、絆創膏等は除く シーネ・シャーレ(その他:)			入院をと もなう手 術をした 場合	手術名																								
	固定期間	年	月	日から	年	月			日から	手術日	年	月	日																			
現在の状態		治癒・治療中・転医・中止				後遺障害見込		無・有																								
実際に通院をした日に ○印をつけてください																																
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

上記の内容が事実と相違ないことを確認のうえ、この事故の共済金を共済約款に従い、関係書類をそろえて請求しますので共済金は下記口座にお振込ください。また、受傷者の傷病内容等または診療報酬に関する医療機関への照会することに同意します。

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、他銀行から振込ができる支店名・店番・口座番号を記入してください。

平成	年	月	日
共済金請求者			印

共済金受取口座 *共済金は下記口座へお支払ください。							
金融機関名	銀行・信金・信用組合・農協					支店・支所	
預金の種類	普通・貯蓄・当座	店番	口座番号				
口座名義 (カタカナ)							

上記受傷者は、事故日時点においてPTA会員であり、保護者記載の事実と相違ないことを証明します。							
PTA行事参加中(往復途上含む)の事故の場合 行事名 ()							
				平成	年	月	日
学校名 札幌市立				PTA会長		公印	

上記受傷者は、事故日時点において本校に在学していることを証明します。また、PTA行事参加中の事故(往復途上含む)による請求については、日本スポーツ振興センター法による災害給付を請求していないことを申し添えます。							
				平成	年	月	日
学校名 札幌市立				学校長		職印	

*この欄は記入しないでください

--

【加入者に関する情報の取扱い】

共済金の請求にあたって、必ず確認のうえ同意いただきますようお願い申し上げます。

市P共済会は、共済金の請求に際して加入者等の情報を提供いただき、必要な範囲内で適法かつ公正に情報を収集させていただきます。これらの情報は以下の目的の範囲内で利用させていただきます、法令で定められている場合を除き、または、下記＜加入者情報の外部への提供等について＞に記載されている場合を除き加入者の同意なしに目的の範囲外で利用したり、第三者に提供することはありません。

＜利用目的について＞

加入者からお預かりした情報は、共済金の迅速・円滑・適正な支払いに利用させていただきます。

＜法令に基づく利用目的の制限について＞

市P共済会は【P T A・青少年教育団体共済法】18条に従い、医療情報等のセンシティブ情報については、共済事業の適切な運営の確保、その他必要と認める目的に限定して利用します。

＜加入者情報の外部への提供等について＞

加入者から提供いただきました情報は、共済金の迅速・円滑・適正なお支払い等のため、次の場合、外部に提供することがあります。また、加入者が情報を提供された保険事故関係者から提供を受けることがあります。

- ① 個人情報の保護に関する法律その他の法令等により外部への提供が必要と判断された場合
- ② 共済金の適正および迅速な支払いのため保険事故関係者（当事者、相手方、保険会社、医療機関、修理会社、保険契約者等）へ提供する場合
- ③ あらかじめ守秘義務契約を締結した業務委託者（保険代理店を含む）等へ提供する場合
- ④ 再保険金請求等のために、再保険会社等へ提供する場合
- ⑤ 情報交換制度に基づき、損害保険会社・共済等間で情報を共同利用する場合
- ⑥ 他の保険契約等（共済契約も含む。以下同様）がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、負担部分を超える額を求償するために必要な情報（支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払共済金等に関する情報）を、その保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供する場合
- ⑦ 上記①～⑥の場合において、市P共済会が提供を受ける場合

一般社団法人 札幌市P T A共済会

同意書

私は、共済契約に関する調査のため一般社団法人札幌市P T A共済会の職員または同会依頼先の者が本書を提示した上で、受傷者の傷病に関して患者が診療・検査を受けた「病院または診療所」もしくは「公的医療保険における保険者」の双方に下記の事項を行なうことに同意します。なお、本書の写真複写も同じ効力があるものと認めます。

記

傷病内容（病名、発病日、症状、治療内容、既往症病歴など）または診療報酬等の内容を照会し回答を受けること及び診断書、証明書の交付を受けること

以上