

# 共済金請求書の記入見本

保護者・教職員・特別加入者 用

## 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

受傷者氏名	フリガナ サッポロ イチロウ <b>札幌 一郎</b>	(男)・女	札幌市立 札幌 幼(小)中																													
		生年月日 1975年8月8日																														
保護者氏名 (未就学児の場合)	フリガナ	自宅住所	札幌市 東区 北20条 東5丁目 TEL 333-3333																													
事故日	2019年10月1日	事故場所	札幌小体育館																													
		PTA行事(活動)名	PTA親子スポーツ大会																													
治療した病院名	公園病院、花丸病院																															
受傷した部位	手首	医師等の診断名	骨折																													
治療の形態	入院治療 2019年10月1日 から 2019年10月10日まで(10日間) 通院治療 2019年10月13日 から 2019年10月30日まで実通院日数(3日間)																															
固定具使用の場合	① 石膏ギプス・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	手術日	観血的整復 固定術 2019年10月1日																													
固定期間	月 日から 月 日	固定期間	10月1日から10月30日																													
現在の状態	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																																
10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	3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
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。

2019年11月1日

共済金請求者 **札幌 一郎** 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	南北	銀行・信金・信用組合・農協	東西	支店・支所								
預金の種類	普通	貯蓄・当座	店番	245	口座番号	9	8	7	6	5	4	3
口座名義 (カタカナ)	<b>サッポロ イチロウ</b>											

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 ( P T A 親子スポーツ大会 )

2019年11月1日

学校名 札幌市立 **札幌小学校** PTA会長 **小林 一茶** 公印 印

※この欄は記入しないでください

## 記入にあたっての注意点

- ① 記載例をご覧の上、ボールペン等でご記入下さい。
- ② 共済金の請求額が5万円未満の場合は、共済金請求書の他に「領収証」のコピーを添付してください。  
なお、共済金の請求額が5万円以上になる場合及び、入院を伴う手術を行った場合には「診断書」の添付をお願いします。（コピーでも構いません）  
————→ 診断書の用紙は所属している学校または幼稚園から受け取って下さい。  
\* 病院備付けの診断書でも構いませんが、共済金請求に必要な事項が記載されていない場合、診断書を再度お取付頂くこととなりますので、なるべく所定の診断書をご利用下さい。
- ③ 訂正がある場合は、修正液を使わずに二重線で消して訂正印をお願いします。
- ④ 複数の病院に入院や通院された場合も1枚の請求書にご記入願います。
- ⑤ お申出になっている内容およびご記入頂いた内容が事実と相違している場合には共済金がお支払できない場合がございますのでご留意ください。
- ⑥ 原則としましてケガが治った後でご請求ください。  
(事故の日から180日を経過したときは治療中でも請求手続きをお取りください。)