

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 6 施術所（接骨院・整骨院）  
一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

申告書（兼施術照会同意・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（施術所関係者含む）（以下「関係者」という）に【施術照会】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、施術証明書を提出いたします。  
【施術照会】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「施術等に関する説明（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	20 年 月 日		
受傷者氏名		保護者氏名 (PTA会員)	印
施術所名			電話番号 ( )
負傷名	※受傷部位も明記願います。		

「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。

施術期間	20 年 月 日から	施術記録 (施術)した日を○で囲んで下さい)																		
	20 年 月 日まで	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
うち実際に施術した日数 ( 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
結果	治癒	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	継続中	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	20 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日

保護者記入欄

Q1. 「平常の生活に支障がない程度に傷害がなおった時」は、何月何日頃でしょうか。  
(子どもの場合は、体育の授業や部活動に出られる状態)

20 年 月 日 頃

補足説明 \_\_\_\_\_

Q2. この度の施術について医師の同意はありましたか。

無、有でご回答いただき、有の場合は、医療機関名、書面又は口頭であるかをご記入願います。

無

有 ⇒ 医療機関名 \_\_\_\_\_

書面による同意

口頭による同意 ⇒  医師と直接やりとり  患者（保護者）からの報告

その他 ( ) \_\_\_\_\_

Q3. この度の施術は保険診療で行っていますか。

保険診療  自費診療  その他 \_\_\_\_\_

事務局使用欄

※事故発生日から180日 → / /

※事故発生日から21日 → / /