

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－４ P T A 行事〔保護者・教職員（P T A 会員）〕  
一般社団法人岩手県 P T A 連合会会長 様

P T A コード

## 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受けること。  
保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定すること。

記入日（請求日） 20 年 月 日

フリガナ		性別	該当するものに「○」及び「√」をつけて下さい		
受傷者氏名 (P T A 会員)		男 女	保護者	氏名	子どもの氏名・学年
生年月日	昭・平 年 月 日生 (事故当時 歳)	教職員	共済掛金納入済 <input type="checkbox"/>	※納入済は <input checked="" type="checkbox"/>	

事故発生日時	20 年 月 日 ( 曜日)	午前 午後	時頃
事故発生場所	県内 県外		
事故の概況	主催 P T A 名	P T A	行事名
	負傷時の状況	(した)とき	
	負傷の原因	により	
	負傷箇所と状態		

保護者 記入欄  
保護者 担当者 補足 ( )

共済金請求者 (P T A 会員)	住所	〒 □□□□ - □□□□	印	電話番号 日中連絡先	( )	
	フリガナ				( )	
	氏名				( )	

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	銀行	本店	店番	口座種類	口座番号
	信用金庫 信用組合	支店		普通預金	
	農協 漁協 労金	出張所			

ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号 1

口座名義 (カタカナ)

↑左づめでご記入ください。

## 必ずご記入ください。 証 明 書

記入日（証明日） 20 年 月 日

・上記の事故は P T A 行事参加、活動中に発生し、受傷者は P T A 会員であることを証明いたします。

学校（園）名	市・町・村 立	
電話番号	( )	
P T A 会長 氏 名	P T A 会 長 印	

担当者 職名	氏 名
--------	-----

「申告書」と同じ印を「ご捺印ください。」

保護者 記入欄

学校 記入欄