

記入例

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-1

一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

PTAコード 9800

記入日 2026年 9月 4日

傷害事故発生報告書

PTA名	盛岡 市町村 みたけ小学校 PTA
学校(園)の電話番号	019 (641) 6445

下記の通り、学校管理下外・PTA行事中の事故が発生しましたので報告します。

記

フリガナ	イヤマ ダスケ		学年(事故当時)	性別
受傷者氏名	岩山 大助		学年	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
該当する事項に 印	受傷者の区分	<input type="checkbox"/> 児童・生徒・園児 <input checked="" type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 保護者の代理出席者		
	種別	<input type="checkbox"/> 学校管理下外 <input checked="" type="checkbox"/> PTA行事		
事故発生日時	2026年 8月 30日(日) <input type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 / 時頃			
事故発生場所	<input checked="" type="radio"/> 県内 <input type="radio"/> 県外 みたけ小学校 体育館			
事故の状況 (概略でよろしいです)	PTA球技大会でソフトバレーボールの試合中 ジャンプをしたとき転倒し、右足のアキレス腱を 損傷した。			
スポーツ活動の場合	<input type="checkbox"/> スポ少 <input type="checkbox"/> 父母会 <input type="checkbox"/> 社会体育 <input type="checkbox"/> その他 ()			
傷害の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 5 日位 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 10 日位 <input type="checkbox"/> 未定			

必ず記入してください。

必ず記入してください。

担当者 職名 養護教諭 氏名 厨川 さく子

※事故発生日から180日→ 年 月 日

岩手県PTA連合会事務局 FAX: 019-641-6453

【個人情報に関する取扱いについて】

一般社団法人岩手県PTA連合会は、本共済契約に関する個人情報を共済引受審査、支払いの判断、本共済契約の履行のために使用します。
また、上記の利用目的のため必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。
なお、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内に限定します。

記入例

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）〕

P T A コード 9 8 0 0

一般社団法人岩手県 P T A 連合会会長 様

共 済 金 請 求 書

必ずお読み下さい

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ご会員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 26 年 12 月 14 日

フリガナ	イヤマ ダイスケ	性別	該当するものに「○」及び「✓」をつけて下さい		
受傷者氏名 (PTA会員)	岩山大助	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者	氏名	花
生年月日	昭・平 58 年 4 月 10 日生 (事故当時 43 歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 26 年 8 月 30 日 (日曜日)		午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/>	1 時頃
事故発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外	みたけ小学校 体育館		
事故の概況	主催 P T A 名	みたけ小学校 P T A	行事名	P T A 球技大会
	負傷時の状況	ソフトバレーボールの試合中、ジャンプ (した) とき		
	負傷の原因	転倒したこと により		
	負傷箇所と状態	右足のアキレス腱を損傷した		

保護者 記入欄
保護者 担当者 補足 ()

共済金請求者	住所	〒020-0196 フリガナ モリオカ ミタケ 盛岡市 みたけ七丁目1-1				
	氏名 (振込先口座名義)	フリガナ	イヤマ ダイスケ		←姓と名の間は一マス空けてご記入ください。	
		漢字	岩山大助		電話番号 日中連絡先	019(640)1110 090(4313)8072
	共済金振込口座	ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行	青 山	店番	020
	ゆうちょ銀行	記号	1	番号	0	
				店番	1	
				普通預金	口座番号	2345678
				普通預金	口座番号	

「申告書」の「保護者氏名(P T A 会員)欄と同じ氏名と印鑑になります。」

証 明 書

記入日（証明日） 20 26 年 12 月 14 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。

市町村名	盛岡市	学校(園)名	みたけ小学校
電話番号	019(641)6445		
P T A 会長氏名	岩手二郎		

担当者 職名	養護教諭	氏名	厨川 さく子
--------	------	----	--------

保護者 記入欄

学校 記入欄

様式-5 医療機関（病院・クリニック・医院）

一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

申告書（兼医療照会同意・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（医療機関関係者含む）（以下「関係者」という）に【医療照会】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、治療証明書を提出いたします。
 【医療照会】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「治療、検査、関連するほかの診療等に関する説明（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	2026年12月14日		
受傷者氏名	岩山大助	保護者氏名 (PTA会員)	岩山大助 <small>※「共済金請求書」の「保護者氏名(PTA会員)」欄と同じ氏名と印鑑になります。</small>
医療機関名	くりこま整形外科医院	診療科名	整形外科
傷病名 (医師に確認下さい)	※受傷部位も明記願います。 右アキレス腱断裂	電話番号	019(062)3344

「共済金請求書」の「共済金請求者」欄と同じ氏名と印鑑になります。

入院期間	2026年8月30日から 2026年9月8日まで 10日間 うち外泊月日(月日)(月日)	通院記録 (通院した日を○で囲んで下さい)													計				
	9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	
通院期間	2026年9月12日から 2026年12月1日まで 81日間 うち実際に通院した日数(13日)	10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	
治療結果	治癒・治療継続中・転医 2026年12月1日	12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計
	後遺症 有 無 (医師の診断によるもの)	1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計

※治療期間中に固定具を使用した場合は、ご記入願います。

固定具の種類	固定具例	固定部位	患者側による 取り外しの可否	固定期間 医療機関で固定具を装着した日から 取り外した日を記入ください	受傷部位が上肢(肩~ 手指)および下肢(太もも~ 足指まで)の場合、 固定部位を塗り潰して ください。
ギプス 一般的に「石膏ギプス・プラスチックキャスト」と言われるもので、ぬるま湯に浸したギプス包帯を巻き、乾かして固定します。		親指~手首	不可	2026年9月4日から 2026年9月30日まで (27日間)	
ギプスシャーレ ギプス包帯を巻いて固めたのち、半分にカットし、包帯等で固定します。		親指~足先	可 不可	2026年9月30日から 2026年10月9日まで (10日間)	
副子(シーネ)固定 副子(シーネ)と呼ばれる固定具をあてて、包帯等で固定します。「添え木固定」や「副木固定」とも言います。		~	可 不可	20年 月 日から 20年 月 日まで (日間)	
ギプスシーネ 副子(シーネ)固定の一種で、副子(シーネ)を石膏ギプスの素材で作ったものを言います。		~	可 不可	20年 月 日から 20年 月 日まで (日間)	
その他() ※三角巾固定、ポリネック、鎖骨バンド、コルセット等		~	/	20年 月 日から 20年 月 日まで (日間)	けがの部位が、太ももから足指まで

補正説明があればご記入ください

事務局使用欄

※事故発生日から180日 → / /

保護者記入欄

診 察 券 確 認 書

くりこま整形外科医院

番 号 002-35984-1

氏 名 イワヤマ ダイスケ
岩山 大助

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
9：00～12：30	○	○	○	○	○	休	○
14：00～18：00	○	○	○	○	○	休	休

休診日：土曜日 日曜午後 祝日

※診察券が発行されなかったり、紛失した場合は、上のコピー診察券(表)貼付欄に「医療機関名」・「施術所名」の入ったゴム印を押してもらってください。
(医師・柔道整復師の署名・印鑑は不要)

保護者又は担当者補足 (事故日と初診日が合わないときなど)

()