

(様式 1)

No. _____

神戸市 P T A 総合保障制度事故発生通知書

年 月 日

所属 P T A 名 電話番号 ()

加入者名 印

加入者住所 電話番号 ()

事故日 年 月 日 ()

行事名 事故場所

事故状況 (事故の発生原因、状況、結果など、なるべく詳しくご記入ください)

傷害見舞金 (入・通院)・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損 (該当項目を○でかこんでください)

上記の通り傷害見舞 (入・通院)・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損の事故が発生しましたので報告します。
神戸市 P T A 安全教育振興会が治療した医療機関に対し、私の傷病に関する照会を行うにあたって、私の個人情報を提供することに同意します。

神戸市 P T A 安全教育振興会 宛 〒650-0044 神戸市中央区東川崎町 1 丁目 3-2
神戸市総合教育センター内
電話番号 (078) 360-3455

賠償責任保険

賠償責任保険の事故が発生しましたので報告します。

三井住友海上火災保険株式会社 宛 〒650-0023 神戸市中央区栄町 1-1-18
神戸支社 神戸第二支店 電話番号 (078) 331-8517

物損事故の場合 被害物件	
身体事故の場合 被害者の傷害程度	
被害者 (相手の方) 名 前 住 所 電話番号	
届出警察署名	警察署/派出所/担当官

- ※注意事項**
- 傷害保険・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損・賠償責任保険のいずれであっても上記の所属 P T A 名、加入者名、加入者住所、事故日、事故場所、事故状況は必ずご記入ください。
 - 傷害保険・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損は神戸市 P T A 安全教育振興会が担当し、賠償責任保険は三井住友海上火災保険株式会社が担当しますが、いずれの場合でもこの事故発生通知書は、神戸市 P T A 安全教育振興会にて、ご送付ください。

(様式2)

〔在学(園)在籍加入者〕の証明書

在学(園)在籍証明書

神戸市PTA安全教育振興会 宛

下記の者は 生徒として在学 教師として在籍 していることを証明します。

名前	年令 才
----	---------

年 月 日

学校名 _____

校長名 _____ 印

P T A 加入者証明書

神戸市PTA安全教育振興会 宛

下記の者は当PTAの加入者であることを証明します。

名前	年令 才
----	---------

年 月 日

P T A 名 _____ TEL () _____

会長名 _____ 印

(様式3)

見舞金請求書

(入院・通院)・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損

神戸市PTA安全教育振興会 宛

PTA名

(フリガナ)

請求者名(会長)

会長印

下記の災害について、事実と相違ないことを確認したので会則並びに見舞金規定により請求します。

行 事 名	
被 災 者	名 前 年 令 才 加入者名 加入者との続柄 ()
発 生 年 月 日	
発 生 場 所	
事 故 原 因	
請 求 内 容	1. 医療見舞金 2. その他 ()
見舞金振込先	銀行・信用金庫・農業協同組合 支店・支所 単位PTA口座番号 (フリガナ) 単位PTA口座名義

(委任条項)

上記事故に関し、PTA会長に見舞金請求および受領に関する一切の件を委任します。

被災者

住所

名前

印

(未成年のときは親権者)

住所

名前

印

(様式 4)

入院・通院申告書

神戸市PTA安全教育振興会 宛

※診療報酬点数表（コピー可）は裏面に添付ください。

負傷者名	男・女
------	-----

おケガをされた体の部位	頭部・顔面・頸部・腕・手・脚・足・その他（くび）	利用保険	1 組合健康保険	2 国民健康保険	3 労災保険	4 自由診療	5 その他
おケガの状態	打撲・捻挫・骨折・切り傷・すり傷・その他（ ）						

入・通院期間	入院治療	日間	通院治療	日間	うち実際に通院した日数（日）
	自 年 月 日 至 年 月 日		自 年 月 日 至 年 月 日		

実際に通院治療した日（○印をつけてください）												実際に通院治療した日（○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	計	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

病院名

（外・整形外・ ）科

担当医師名

先生

電話番号

（ ）

上記事実に相違ないことを確認し、申告いたします。

年 月 日

見舞金請求者

（ただし、ケガされた方が未成年者の場合は親権者）

住所

名前

印

(様式 運営細則)

神戸市PTA安全教育振興会 加入申込書

神戸市PTA安全教育振興会 宛

PTA名	
家庭数	戸
負担金	世帯数 () × 50 円 = 円
園児・児童・生徒数	人

説明書「PTA総合補償制度ご加入のおすすめ」の内容

- (1) 見舞金制度のあらまし
- (2) PTA団体傷害保険・PTA賠償責任保険のあらまし
- (3) 重要事項のご説明 (PTA団体傷害保険の契約概要・注意喚起情報)
- (4) 重要事項のご説明 (PTA賠償責任保険の契約概要・注意喚起情報)

上記内容を確認し、神戸市PTA安全教育振興会に加入いたします。

年 月 日

PTA名

会長名

印

会員証明書

本証をもって会員であることを証明します。

年 月 日

神戸市PTA安全教育振興会

会長

印