

(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

電話番号

加入者住所 ()

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
神戸支社 神戸第二支店 〒650-0023 神戸市中央区栄町 1-1-18
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

PTA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

PTA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 31										日
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 31										日
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 31										日

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	家庭数 () × 80 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