

(様式1)

No. _____

神戸市PTA総合補償制度事故発生通知書

年 月 日

所属PTA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金 (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PTA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PTA安全教育振興会御中 〒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御中 〒650-0023 神戸市中央区栄町1-1-18
神戸支店 神戸第二支社 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

1. 傷害保険・眼鏡等、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PTA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。
2. 傷害保険・眼鏡・補聴器等、歯牙の欠損は神戸市PTA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PTA安全教育振興会あて、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)在籍加入者証明書

神戸市PTA安全教育振興会 御中

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 御中

下記の者は当PTAの加入者を証明します。

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 御中

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 加入者名 年 令 才 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 御中

※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）																																
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	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
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%; border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100px;"></div> <div style="width: 55%;"> <p>病院名 _____</p> <p style="text-align: right;">(外・整形外・)科</p> <p>担当医師名 _____ 先生</p> <p>電話番号 () _____</p> </div> </div>																																	

上記事実と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 _____

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 御中

P T A 名	
家 庭 数	戸
負 担 金	家庭数 () × 100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) 見舞金給付制度のあらまし
- (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