

北海道PTA安全互助会  
東京海上日動火災保険（株） 御中  
FAX番号：011-210-0929

年 月 日

単位PTA名 \_\_\_\_\_

PTA安全互助会担当者名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

被保険者様 (おけがをされた学童)	フリガナ 氏名			年齢	歳
	フリガナ 親権者の 方の氏名			男	・ 女
	住所	〒		電話番号 ( ) -	
学校	学校名	※今年度4月1日で統廃合した学校の場合は旧校名を記載 ( )	会員番号		
	学校 所在地	〒		加入 年月日	年 月 日
事故状況 (詳しく記入下さい)	日時	年 月 日 AM / PM 時 分 頃			
	場所				
	状況				
傷病名または症状					
受傷内容 (○を付けて下さい)	創傷 挫傷 骨折 脱臼 捻挫 腱断裂 やけど その他 ( )	受傷部位 (○を付けて下さい)	頭部 顔面部 頸部 腰部 上肢 下肢 その他 ( )		
治療状況	通院・入院 (○をつけてください)	病院名			
		TEL			
		通院	日・入院	日	
<p>上記は、学校管理下外で発生した事故である事を証明します。 年 月 日</p> <p>幼・小・中学校長氏名 _____ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">公印</span></p> <p>※今年度4月1日に統廃合した学校の場合は、旧校名を記載してください。 ( )</p>					

※事故の日からその日を含めて7日目以降において、入院見舞金（保険金）または通院見舞金（保険金）をお支払いする条件を満たしている場合に限り、初日に遡ってお支払いします。

## 事故発生通知書 兼 学校管理下外証明

北海道PTA安全互助会  
東京海上日動火災保険（株） 御中  
FAX番号：011-210-0929

2019年 4月 20日

単位PTA名

○×学校

PTA安全互助会担当者名

互助会 太郎

TEL

011-△△△-××××

被保険者様 (おけがをされた学童)	フリガナ 氏名	ホケン ハナコ 保険 花子	年齢 10 歳
	フリガナ 親権者の 方の氏名	ホケン ヨウイチ 保険 陽一	男 ・ <b>女</b> 電話番号 (011) ×××-△△△△
	住所	〒○○○-×××× 北海道札幌市中央区○○条××丁目	毎年番号が変わりますのでご注意ください。
学校	学校名	○×学校 ※今年度4月1日で統廃合した学校の場合は旧校名を記載 ( )	会員番号 123456789
	学校 所在地	〒○○○-×××× 北海道札幌市中央区○○条××丁目	加入 年月日 2019年 4月 1日
事故状況 (詳しくご記入下さい)	日時	2019年 4月 ○○日 <b>AM</b> / PM 10時 00分 頃	
	場所	○×公園	
	状況	公園で遊んでいた際に転倒しケガをした。	
傷病名または症状	右足首捻挫		
受傷内容 (○を付けて下さい)	創傷 <b>捻挫</b> その他 ( )	挫傷 腱断裂 骨折 やけど 脱臼	受傷部位 (○を付けて下さい) 頭部 顔面部 頸部 腰部 上肢 <b>下肢</b> その他 ( )
治療状況	通院 ・ 入院 (○をつけてください)	病院名	○×病院
		TEL	011-△△△-××××
		通院 10 日 ・ 入院 日	
上記は、学校管理下外で発生した事故である事を証明します。 2019 年 4 月 20 日 幼・小・中学校長氏名 安心 次郎 <b>公印</b> ※今年度4月1日に統廃合した学校の場合は、旧校名を記載してください。 ( )			

※事故の日からその日を含めて7日目以降において、入院見舞金（保険金）または通院見舞金（保険金）をお支払いする条件を満たしている場合に限り、初日に遡ってお支払いします。