

①園児・児童・生徒(学校管理下外)

事故発生通知書 兼 証明書

北海道PTA安全互助会 御中
FAX番号：011-210-0929

年 月 日

安全互助会ご担当者様	
電話番号	

以下太枠内に漏れなく記載をお願いいたします。補償対象可否に関する判断は保険会社で行います。北海道PTA安全互助会や代理店（東京海上日動パートナーズ北海道）では判断出来かねますので、あらかじめご了承ください。
 保険会社は事実に基づき保険金の支払い可否を判断するため、事実と異なるご報告をされないようご協力をお願いいたします。

被保険者様 <small>(けがをされた 園児・児童・生徒)</small>	フリガナ 氏名			生年月日 年 月 日 歳	
	フリガナ 親権者の氏名			性別 男・女	
	住所	〒		電話番号 () -	
学校	学校名			加入年月 年 月	
事故状況	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 <small>(○を付けて下さい)</small>	創傷 捻挫 その他 ()	挫傷 腓断裂	骨折 やけど	脱臼	受傷部位 <small>(○を付けて下さい)</small>
					頭部 顔面部 頸部 腰部 上肢 下肢 その他 ()
治療状況 <small>(記入日時時点の状況)</small>	<small>(○を付けて下さい)</small> 通院・入院		通院 日・入院 日		
	直近治療日 年 月 日	治療完了・継続中		病院名	
			TEL		

本事故は、学校管理下外で発生したことを証明します。

_____年_____月_____日

幼・小・中学校長氏名

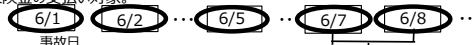
公印

※今年度統廃合した学校は、旧校名を記載してください。()

★ご注意

・事故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たします。

(例) 6月1日に転倒により骨折。事故日から7日目の6月7日以降も引き続き骨折で通院が必要な状況。この場合、6月7日の通院費用の他、6月1日・2日・5日に通院した日も遡及して、保険金の支払い対象。



事故日から7日目以降に保険金支払い条件に
 合致した場合は、初日に遡って保険金をお支払います。

★個人情報の取扱いに関するご同意

・北海道PTA安全互助会は引受保険会社である東京海上日動火災保険株式会社並びに幹事代理店である株式会社東京海上日動パートナーズ北海道と全ての事故情報を相互に共有しております。
 ・事故情報は北海道PTA安全互助会の制度普及において必要な範囲に限り、各学校への報告や同会ホームページでの公開、広報紙・総会議案書へ掲載をさせていただきます。なお、ホームページや広報紙、総会議案書へは氏名等は記載せず、個人が特定できない形で公開することといたします。
 ・ご同意いただける場合は保護者様のご署名をお願いいたします。

保護者ご署名（フルネーム）