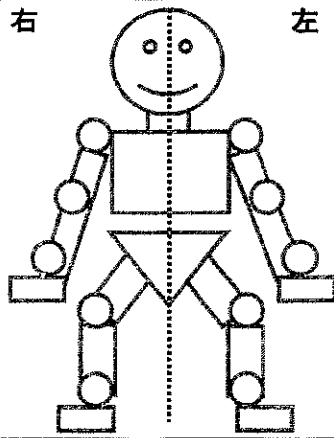


傷 害 事 故 報 告 書

報告者	氏名	住所	TEL
傷害を負われた方の氏名		氏名 (フリガナ)	性別 男 ・ 女 生年月日 年 月 日
傷害を負われた方の住所とご連絡先		住所 〒	自宅 TEL - - - 携帯 TEL - - -

保険金請求書類は共栄火災海上保険株式会社より上記住所へ送付させていただきます。

『事故の内容をお聞かせください』

事故の内容	事故日	年 月 日 AM PM 時 分頃	右 左 
	事故場所	都道府県	
	事故状況		
行事名・開催日等			

『治療を受けている医療機関はどちらですか』

傷害・治療の内容	傷害部位	頭部 01	顔面 02	頸部 03	胸部 04	上肢 05	下肢 06	手足指 07	臓器 08	背 09	腰 10	その他 11	部位	傷害様態	骨折 01	脱臼 02	打撲 03	捻挫 04	切り傷 05	切創 06	擦過傷 07	内出血 08	その他 09	傷病
	医療機関名													電話番号										
	医師・科目	医師												科目										
	入院（見込）日数	月 日 ~ 月 日												日間										
	通院（見込）日数	月 日 ~ 月 日												日間										
	傷病名																							
	ギブスなど固定期間	月 日 ~ 月 日												日間										
	現在の状況	☐ 治癒 ☐ 入院中 ☐ 通院中 ☐ 症状固定 ☐ 死亡																						
	手術内容	実施日 月 日												内容										
	後遺障害（見込）	無 ・ 有 ()												就業不能期間（見込） 月 日 ~ 月 日										

上記の者は本 PTA 会員であり、PTA 行事参加中に事故が発生したことを報告・証明いたします。

年 月 日

立

学校 PTA 会長

氏名

印

<確認事項>

確認事項同意印兼用

当 PTA は、保険契約者である三郷市 PTA 連合会の団体構成員であることを確認し、個人情報の取扱いについて確認の上、同意いたします。

<個人情報の利用目的>

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への調査や損害保険会社間や共栄火災グループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

FAX : 048-925-4520

事故時のご連絡・ご相談は高千穂保険事務所または共栄火災24時間365日事故受付サービス「あんしんほっとライン」まで

TEL : 048-925-1655 (高千穂保険事務所)

TEL : 0120-044-077 (あんしんほっとライン)

PTA 賠償責任 事故報告書

担当者（報告者）名	氏名（フリガナ）
担当者のご住所 ご連絡先	住所 〒 自宅 TEL - - - 携帯 TEL - - -

『事故の内容をお聞かせください』

事故の内容	事故日	年 月 日 AM PM 時 分頃	図	
	事故場所	都道 府県		
	事故状況			
行事名・開催日等				
届出 官公庁	警察 消防 その他	担当官	届出人 届出上の被害者名 ()	届出日 月 日

『被害内容についてお聞かせください』

相手方名	氏名（フリガナ）		
相手方住所と連絡先	住所 〒 自宅 TEL - - - 携帯 TEL - - -		
相手方・被害物の 損害の程度・負傷部位等			損害見込み額
賠償責任の有無に対する 被保険者の見解			

PTA 行事参加中に上記事故が発生したことを報告・証明いたします。

年 月 日

立

学校 PTA 会長

氏名

印

確認事項同意印兼用

<確認事項>

当 PTA は、保険契約者である三郷市 PTA 連合会の団体構成員であることを確認し、個人情報の取扱いについて確認の上、同意いたします。

<個人情報の利用目的>

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への調査や損害保険会社間や共栄火災グループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

FAX : 048-925-4520

事故時のご連絡・ご相談は高千穂保険事務所または共栄火災24時間365日事故受付サービス「あんしんほっとライン」まで

TEL : 048-925-1655（高千穂保険事務所）

TEL : 0120-044-077（あんしんほっとライン）

児童・生徒の賠償責任 事故報告書

オプション

報告者	氏名	住所	TEL
児童・生徒（被保険者）名	氏名（フリガナ）		
親権者（請求者）名	氏名（フリガナ）		
請求者のご住所 ご連絡先	住所 〒	自宅 TEL	携帯 TEL

『事故の内容をお聞かせください』

事故の内容	事故日	年 月 日	AM PM	時 分頃	図	
	事故場所	都道 府県				
	事故状況					
行事名・ 開催日等						
届出 官公庁	警察 消防 その他	担当官	届出人	届出上の被害者名 ()	届出日 月 日	

『被害内容についてお聞かせください』

相手方名	氏名（フリガナ）	
相手方住所と連絡先	住所 〒	携帯 TEL
相手方・被害物の 損害の程度・負傷部位等	損害見込み額	
賠償責任の有無に対する 被保険者の見解		

上記の者は本 PTA 会員であり、上記事故が発生したことを報告・証明いたします。

年 月 日

立 学校 PTA 会長

氏名

印

確認事項同意印兼用

<確認事項>

当 PTA は、保険契約者である三郷市 PTA 連合会の団体構成員であることを確認し、個人情報の取扱いについて確認の上、同意いたします。

<個人情報の利用目的>

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への調査や損害保険会社間や共栄火災グループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

FAX : 048-925-4520

事故時のご連絡・ご相談は高千穂保険事務所または共栄火災24時間365日事故受付サービス「あんしんほっとライン」まで

TEL : 048-925-1655（高千穂保険事務所）

TEL : 0120-044-077（あんしんほっとライン）