

もしケガをしたら!? 『保険金・見舞金給付』のお知らせ

【豊中市PTA安全互助制度とは】

わたしたちPTA会員が加入しているこの制度は、PTA活動の円滑な運営と一層の活発化をはかることを目的につくられたものです。PTA活動でケガをし、入院や通院、また、不幸にして死亡にいたった場合に、保険金(通院費・入院費等)・見舞金の給付を受けるものです。

(例)PTAスポーツ大会で骨折・捻挫・打撲をした。PTA葉刈り作業で毛虫・ハチに刺された。

【こんな時に保険金(通院費・入院費等)・見舞金が給付されます】

単位PTA、PTA連合協議会などが主催・共催するPTA行事に参加中、または、行事に参加するための所定の場所と自宅との通常の経路の往復中に、「PTA会員(同居の親族含む)、児童・生徒」がケガをしたり、ケガが原因で死亡した場合、豊中市PTA連合協議会が保険契約している保険会社から保険金(通院費・入院費等)が、さらに安全互助制度から見舞金が給付されます。

【保険金(通院費・入院費等)・見舞金の給付内容と手続きに必要な書類】

制度の分類	保険金 [傷害補償制度]	見舞金 [見舞金制度]
対象となる傷害の範囲	通院治療日数 1 日以上 のケガ 死亡	①入院 ②手術 公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に、手数料の算定対象として 列挙されている手術 ③通院 保険適用患者負担額 10,000 円以上の 場合対象 ④死亡および後遺症 (1~3 等級)
補償(見舞)金額	死 亡 120 万円 後遺症 120 万円まで 傷 害 通院 1,000 円 × 通院日数 (90 日まで) 入院 1,500 円 × 入院日数 (180 日まで)	(1 事故につき) ①入院 10,000 円 ②手術 10,000 円 ③通院 3,000 円 ④死亡および後遺症 (1~3 等級) 50,000 円 ※①、③が重複する場合①の金額
必要書類	傷害事故報告書(災害給付申込書) ※ケガをして医療機関にかかったときは、事故報告書を提出してください。	
	○ PTA 会員の子の在学証明書 (学校が事務局に提出) ○ 保険会社が必要とする書類 (自宅に直接郵送されます。 提出先は下記と異なります。)	○ 領収証の写し (上記③通院の申請をする場合)
提出先	豊中市PTA連合協議会事務局 〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1 豊中市教育委員会事務局 社会教育課 社会教育係(豊中市役所 第一庁舎 6階) TEL: 06-6858-2582 FAX: 06-6846-9649	

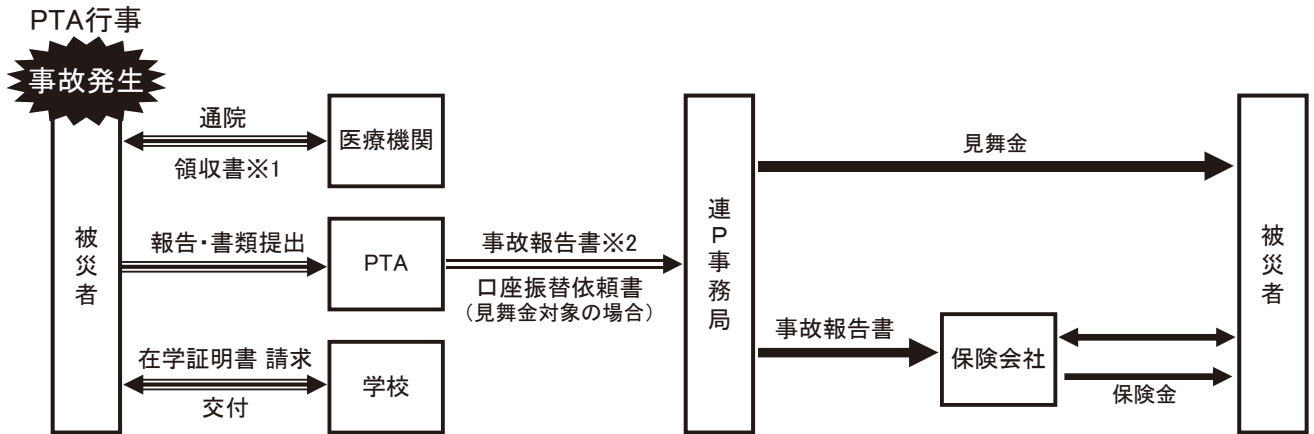


※豊中市立小学校夏期休業中プール開放事業は、全国市長会市民総合賠償補償保険を適用のためこの豊中市PTA安全互助制度活動補償制度は対象外です。

※4月以降に起こった事故もさかのぼって申請可能です。

※この保険の総負担金は、加入する学校PTAからの負担金「(家庭数+教職員数)×63円」から支払われています。

〈請求手続手順〉



※1 領収書は通院(保険適用患者負担額の合計が10,000円以上対象)の場合、PTA代議員を通じて事務局までご提出ください

※2 事故報告書は、手術、入院の有無を記載のうえ、在学証明書と合わせてPTA代議員を通じて事務局までご提出ください

被災者 ⇒
PTA(代議員) ⇒
事務局・保険会社 ⇒

(お問合せ) 豊中市PTA連合協議会事務局
 〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1
 豊中市教育委員会事務局 社会教育課内(豊中市役所 第一庁舎 6階)
 TEL 06-6858-2582 FAX 06-6846-9649
 mail:shakaikyoubu@city.toyonaka.osaka.jp

〈必要書類〉

(様式第1号)

傷害事故報告書
(災害支給申込書)

豊中市PTA安全互助制度見舞金等
口座振替依頼書

豊中市PTA連合協議会長 様

年 月 日

単位PTA名 _____
会長名 _____ 印

豊中市PTA連合協議会長 様

住 所 _____

被災者または保護者名 _____ 印

下記のとおり事故が発生いたしましたので、報告します。
記

見舞金等の支給については、下記口座への口座振替を依頼します。

(注) 上記お名前と下記口座名義は、同じ人をご記入ください。

記

事故が起こった時の事業名	
被災者	ふりがな _____ (歳) 1. 会員 2. 児童・生徒 3. 同居の親族 4. 指導員
	住所 _____ TEL (携帯) _____ TEL (固定) _____ FAX _____
事故月日	年 月 日 () 午前・午後 時 分
事故場所	(具体的に) _____
事故状況	(詳細に) _____

振込先金融機関	() 銀行・信用組合・農協	() 支店
種別	普通預金 ・ 当座預金	
口座番号	_____	
フリガナ	_____	
口座名義	_____	

入院の有無 有・無 手術実施の有無 有・無

※担当者は、被災者または保護者に「入院の有無」「手術実施の有無」を確認いただき、上記をご記入ください。
 ※通院(保険適用患者負担額10,000円以上)の場合は、治療機関の領収書(写し)を添付いただくとともに、被災者または保護者に裏面も記入してもらって、ご提出ください

私は、見舞金および保険金支給事務に関して、事務局(教育委員会事務局 社会教育課)と委託事務取扱代理店が、必要に応じて、私(子)の治療等の情報について相互提供を行うことを承諾します。

被災者または保護者名 _____ 印

※傷害事故報告書の様式は、豊中市PTA連合協議会ホームページに掲載されています。