

死亡報告書

				受付 ※ 番号	
PTAの名称		TEL () ()-()	会長氏名		
被害者氏名			性別	年齢	会員との続柄
			男・女	才	
災害発生の日時	平成 年 月 日 前 時 分 午 後		当初の 傷病名		
死亡年月日	平成 年 月 日 前 時 分 午 後		原因		
医療機関の 住所・氏名					
死亡までの 経緯					
<p>上記のことは、事実と相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>PTAの名称</p> <p>会長氏名</p> <p style="text-align: right;">公印</p>					

(注) 死亡診断書又は死体検案書添付のこと。

※ いただいた個人情報は、共済契約の管理及び履行のために利用いたします。