

ボールペンで記入してください。

全国子ども会安全共済会 <医療共済金> 請求書兼事故証明書

都道府県	【空欄】	単位子ども会	〇〇少年団 〇〇隊
指定都市子連	【空欄】	も会番号	【空欄】
代表者	【空欄】	村等子連	加古川市少年団指導者協議会

治療判定を受けた時 又は、事故発生の日からその日を含めて180日を経過した時のいずれか早い時点から60日以内に申請してください。

全国子ども会安全共済会 共済約款 金を請求します。

ご請求者	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 加古川市〇〇〇	ご請求日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
	氏名	播磨 太郎	被共済者住所	〇 請求者住所に同じ
	連絡先	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	被共済者住所	〒 -
	被共済者との続柄	本人(親権者)・その他()	被共済者氏名	播磨 東彦 性別 男
添付書類	① 医療費領収書(写) 5 枚 ② 診療明細書 枚 ③ 個人情報の取扱いについての同意書	被共済者が18歳未満の場合は親権者が請求者になります。 被共済者が18歳以上の場合は請求者は被共済者となります。		
お振込先金融機関	〇〇 (銀行) 信金・信組・農協・漁協・労金・() 〇〇 支店 普通預金以外の場合() 口座番号 1234567 口座名義(カタカナ) ハリマ タロウ	事故発生当時、その場にいた大人で安全共済会加入者の名前を書いてください。		

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	加古川 花子	年齢	48 歳	子ども会の役職	〇〇少年団〇〇隊 代表
事故日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ()	時刻	10:30	事故日が土日祝・春夏冬休み以外の日で、休日となった理由	学校行事の代休、開校記念日 その他
発生場所	〇〇小学校 グラウンド	行事名	ソフトボール練習	就学前3年以下の被共済者の場合	安全共済会加入の保護者の同伴 有 無
天候	晴れ	参加者数	25 名	事故発生状況	
事故原因と経過	ソフトボールの試合形式の練習中、ヒットを打ってファーストベースからセカンドベースにすべりこんだ。その際に、右足がセカンドベースにあたり、グキッと音がして捻ってしまった。アイシングをして様子をみたが、なかなか痛みがひかないので翌日病院に行った。				
	(傷病部位) 傷病名	右足首骨折	通院開始日	通院終了日	
	診療機関名1	〇〇整形外科	診療期間	〇 月 〇 日 ~ 〇 月 〇 日	
	治療の経過と状況	レントゲン検査の結果、右足首の骨折と診断された。ギプスで患部を固定し、経過観察で5回通院し8月31日に完治した。			
	診療機関名2				
	治療の経過と状況	・第一報告書の事故状況と同じ内容を書いてください。 ・どのような状況で事故が発生したのかできるだけ詳細にご記入ください。			

(事故状況)

傷害部位	全身・頭部・顔部・頸部・肩部・上腕・前腕・手部・胸部・腹部・背部・腰部・大腿(下腿)・足部
症状分類	打撲(骨折)・捻挫・切り傷・突き指・脱臼・擦過傷・歯損・関節炎・火傷・視力・その他()
活動分類	スポーツ【ドッジボール(ソフトボール)・野球・バレーボール・ソフトバレーボール・水泳・サッカー・フットベースボール・キックベースボール・バスケットボール・ポートボール・マラソン・相撲】 アスレチック・サイクリング・スキー・スケート・その他のスポーツ() 運動会・キャンプ・ハイキング・野外炊飯・花火大会・祭り・その他レクリエーション() 社会奉仕活動・集団活動・研修会・往復途中
都道府県・指定都市子連 確認欄(確認済は○)	行事計画書 名簿 往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合) 掛入金確認

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

市区町村等子連 使用欄	受付日	担当者	都道府県指定都市子連 使用欄	受付日	請求完了日	担当者	令和5年1月改訂
-------------	-----	-----	----------------	-----	-------	-----	----------