

(死亡・後遺障害・医療)

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

(提出日) 令和 年 月 日

都道府県・指定都市 子連受付日	
--------------------	--

市 区 町 村 等 子 連	加古川市少年団指導者協議会
代 表 者	原 忠司
担 当 者	
連 絡 先 電 話 番 号	079-427-9704

事故内容									
報告者		被共済者との関係			連絡先電話番号				
事故日	令和	年	月	日	()	時刻		天候	
学区・地区									
単位子ども会	少年団				隊	単位子ども会番号			
被共済者						男・女		歳	学年
行事名									
発生場所									
事故の状況（原因・処置・経過・傷害・疾病の状況）									
KYTの実施状況									
都道府県・指定都市 子連確認欄	加入者 名簿確認		共済掛金 入金確認		行事確認		請求書 受付確認		

＜個人情報取り扱いについて＞
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、業務上の運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。