

「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
公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

所属市区町村子連名 福山市子ども会育成協議会

都道府県・指定都市子連名 _____

代 表 者 名 岡本 康成 ㊞

代 表 者 名 _____ ㊞

単 位 子 ども 会 名 _____

単位子ども会番号 _____

全国子ども会安全共済会 共済約款に基づき、関係書類を添えて共済金を請求します。

ご請求者	住 所	〒 _____		ご請求日	平成 年 月 日	
	氏 名	_____ ㊞		被共済者	住 所	〒 _____
	連 絡 先	(_____)			氏 名	_____ 男・女
	被共済者との続柄	本人・親権者・ その他(_____)			生 年 月 日	_____ 年 月 日 歳 _____ 学 年
添付書類	1	医療費領収書(写) _____ 枚 枚		2	個人情報の取扱いについての同意書	
	3	診療明細書 _____ 枚 枚		4	その他(_____)	
お振込先金融機関	銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・(_____)				ゆうちょ銀行 _____ (数字3桁)店	
	支店 _____ 普通預金以外の場合(_____) 口座番号 _____				普通預金以外の場合(_____) 口座番号 _____	
	フリガナ _____				フリガナ _____	
	口座名義 _____				口座名義 _____	

〈災害状況報告書兼事故証明書欄〉

管 理 者	氏 名	_____ 男・女	年 齢	_____ 歳	子ども会の役職	_____
事故状況	日 付	平成 年 月 日 (_____)	時刻	_____	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	_____
	場 所	_____				学校行事の代休 開校記念日
	行 事 名	_____				その他(_____)
	天 候	_____	参加者数	_____ 名	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
	事 故	_____				
	事 故 発 生 の 状 況	_____				
	経 過	(傷病部位)傷病名		_____		
		診療機関名1	_____	診療期間	_____ 月 日 ~ _____ 月 日	
		治療の経過と状況	_____			
		診療機関名2	_____	診療期間	_____ 月 日 ~ _____ 月 日	
原 因	治療の経過と状況	_____				
因 過	※3ヶ所以上の診療機関へかかった場合、3ヶ所目以降は別紙にて上記項目と同内容を記載の上提出してください。					
(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					
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・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・サッカー・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					
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(_____)					
都道府県子連・指定都市子連 確認欄 (確認済は○)	_____	行事計画書	_____	往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合)	_____	
	_____	名簿	_____	掛金入金確認	_____	

＜個人情報＞ 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。

市区町村子連	受付日	担当者	都道府県子連・指定都市子連	受付日	請求完了日	担当者