

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 指定都市子連	香川県子ども会育成連絡協議会	事故 証明印 ㊟	単 位 子 ども 会	
代表者			単 位 子 ども 会 番 号	
			市 区 町 村 等 子 連 さぬぎ市子ども会育成連絡協議会	

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	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	氏 名	_____ ㊟	被共済者	住 所	請求者住所と同じ 〒 _____
	連 絡 先	_____		氏 名	_____ 性別 _____
	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 診療明細書 _____ 枚	3	医療報告書(「1」の書類がない場合。費用は自己負担)	
	2	個人情報の取扱いについての同意書	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() □座番号 _____	□座番号 _____		
□座名義(カタカナ)		□座名義(カタカナ)			

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管 理 者	氏 名 _____	年 齢 _____ 歳	子 ども 会 の 役 職 _____
事 故 日	令和 _____ 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 _____
発 生 場 所			学校行事の代休、開校記念日 その他 _____
行 事 名			就学前3年以下の 被共済者の場合 _____
天 候	参加者数 _____ 名		安全共済会加入 の保護者の同伴 _____ 有 無
事 故 の 原 因 と 経 過	事故発生 の 状 況		
	治 療 の 経 過 及 び 状 況	(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	
	治療の経過 と 状 況 _____		
※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
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 _____ 往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合) 名簿 _____ 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
--------------------	-----------	-----------	-----------------------	-----------	-------------	-----------	--------------