<共済様式>請求-01

被共済者番号 No.

全国子ども会安全共済会事故第一報報告書

（傷害・疾病・死亡・後遺障害）

公益社団法人　全国子ども会連合会　御中

報告年月日	年　月　日
都道府県・指定都市子連名	三重県子ども会連合会
市町子連名	
代表者名	
報告者名	
連絡先	（　）

事故内容

日付	年　月　日（　）	時刻		天候	
被害者	氏名 ＿＿＿＿＿＿ 男・女 ＿＿ 歳 ＿＿ 学年 （幼・小・中・高・育・指）				
子ども会名		子ども会番号			
行事名					
発生場所					
事故の状況（原因・処置・経過・障害の状況など）					
KYTの実施状況					
摘要 全国子ども会安全共済会加入日：平成　年　月　日					

＜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。

三重県子連 子連受付年月日	平成　年　月　日	全子連	平成　年　月　日
担当者		担当者	

被共済者番号	

<共済様式>請求−11

「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

所属市町子連名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

都道府県・指定都市子連名 三重県子ども会連合会　　代 表 者 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

代 表 者 名 小野 欽市 ㊞　　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 診療明細書＿＿＿枚	2	個人情報の取扱いについての同意書		
	3	医療報告書（費用は自己負担）	4	その他（　　）		
お振込先金融機関	＿＿＿＿銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・（　） ＿＿＿＿支店 普通預金以外の場合（　） 口座番号 ＿＿＿＿ フリガナ ＿＿＿＿ 口座名義 ＿＿＿＿			ゆうちょ銀行 ＿＿＿＿（数字3桁）店 普通預金以外の場合（　） 口座番号 ＿＿＿＿ フリガナ ＿＿＿＿ 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	学校行事の代休　開校記念日 その他（　）	
	場所						
	行事名				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	有　無
	天候		参加者数	名			
	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・頚部・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		その他（チラシ・プログラム等　）

＜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。

市町子連	受付日	担当者

三重県子連	受付日	請求完了日	担当者

<共済様式>請求-12

個人情報の取扱いについての同意書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病 院　接骨院　御中

私は、　　年　　月　　日発生の事故における被共済者の傷病について、公益社団法人 全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行なうことに同意します。

記

1. 被共済者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について説明を受けること。
2. 以下の資料の交付・貸し出し（複写による提供を含む）を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行なうこと。
   (1)　診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
   (2)　レントゲンフィルムなどの検査資料

・同意日　**平成　　年　　月　　日**

・住 所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・氏 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

患者（被共済者）様との関係[本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他（　　）]

（注）同意された方が患者（被共済者）様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者（被共済者）様の

住 所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日生

＜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。

<共済様式>請求-21

医 療 報 告 書

氏　　名		男・女	生年月日	
住　　所				

傷病名	(1) (2) (3)

診療期間と報酬点数	初診日　　年　　月　　日 治癒日　　年　　月　　日				合計点数
	通　　院		入　　院		
	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	
	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	
	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	
	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	
	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	＿＿＿＿＿＿＿＿点
	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	月	＿＿＿日間 ＿＿＿点	

医療機関	上記のとおり相違ありません。 年　　月　　日 医療機関　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 病医院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （医師名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ TEL　＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿

この医療報告書は、保険医療により診察を受けた内容を医療機関にて記入するものです。公益社団法人全国子ども会連合会 全国子ども会安全共済会の医療共済金請求に使用します。

※保険医療点数が記載された医療費領収書又は診療明細書がある場合は不要です。

＜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。

<共済様式>請求-22

柔道整復施術報告書

被施術者 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日 ＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

受傷日　平成　　年　　月　　日

施術期間 平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日

施術日数 ＿＿＿＿日

施術部位 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

負傷名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険分（10割の金額を記入願います）

＜初検料・再検料等＞	初検料	円
	初検時相談支援料	円
	再検料	円
＜施術情報提供料＞		円
＜往療料＞		円
＜施術料等＞	整復・固定施療料	円
	後療料	円
	温罨法料	円
	冷罨法料	円
	電療料	円
計		円

平成　　年　　月　　日

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施術所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜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。

被共済者番号	

<共済様式>請求-31

「全国子ども会安全共済会」＜死亡・後遺障害共済金＞ 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

所属市町子連名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

都道府県・指定都市子連名 三重県子ども会連合会　　代 表 者 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

代 表 者 名 小野 欽市 ㊞　　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	死亡診断書又は死体検案書	2	個人情報の取扱いについての同意書		
	3	後遺障害診断書	4	被共済者の戸籍謄本（死亡時）		

お振込先金融機関		
	＿＿＿＿ 銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・（ ） ＿＿＿＿ 支店 普通預金以外の場合（ ） 口座番号 ＿＿＿＿ フリガナ ＿＿＿＿ 口座名義 ＿＿＿＿	ゆうちょ銀行 ＿＿＿＿（数字3桁）店 普通預金以外の場合（ ） 口座番号 ＿＿＿＿ フリガナ ＿＿＿＿ 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	学校行事の代休 開校記念日 その他（ ）	
場所						
行事名				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	有 無
天候		参加者数	名			
事故の経過原因	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・頚部・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（確認済は〇）				
		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		その他（チラシ・プログラム等 ）

＜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。

市町子連	受付日	担当者

三重県子連	受付日	請求完了日	担当者

<共済様式>請求-32
＜医療機関作成＞後遺障害

診　断　書

被害者	住　所	〒			
	氏　名		男・女	昭和 平成	年　月　日生
受傷の日時	平成　年　月　日（　曜日）			午前 午後	時頃・於
傷病名・治療および後遺症の状況					
該当等級	＿＿＿＿＿＿ 級　＿＿＿＿＿＿ 号				
初診日	平成　年　月　日（　曜日）				
通院	自 平成　年　月　日（　曜日） 至 平成　年　月　日（　曜日）		日間	平成　年　月　日 症状固定	
入院	自 平成　年　月　日（　曜日） 至 平成　年　月　日（　曜日）		日間	保険医療総額 点	

上記のとおり診断いたします。

平成　年　月　日

住 所〒

医院名

医師名　　㊞

＜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。

<共済様式>請求-33

公益社団法人　全国子ども会連合会　御中
（都道府県子連・指定都市子連へ提出）

同　意　書

平成　　年　　月　　日 ＿＿＿＿＿＿殿が死亡したことにより、全国子ども会安全共済会約款に基づいて、今回支払われる共済金は、代表相続人 ＿＿＿＿＿＿殿に全額が支払われることに同意いたします。
つきましては、後日になってから他から苦情が出たとき、また貴会において支払いの義務のないことが判明したときは、共済金受取人および私どもが連帯して一切の責を負い貴会にご迷惑をお掛けいたしません。

平成　年　月　日

被相続人との続柄
＿＿＿＿＿＿　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

被相続人との続柄
＿＿＿＿＿＿　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

被相続人との続柄
＿＿＿＿＿＿　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

被相続人との続柄
＿＿＿＿＿＿　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

＜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。

<共済様式>請求-34

公益社団法人　全国子ども会連合会　御中
（都道府県子連・指定都市子連へ提出）

委　任　状

代理人

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記の者を代理人と定め、下記の共済金の請求及び受領に関する一切の権限を委任いたします。
なお、全国子ども会安全共済約款第26条（共済金の支払時期）第2項の適用にあたっては、上記代理人への支払いをもって共済金支払とすることに同意いたします。

1. 全国子ども会安全共済会約款に基づき支払われる共済金の請求及び受領
2. 事故発生日　　平成　　年　　月　　日
3. 共済金の種類　　医療共済金　　死亡共済金　　後遺障害共済金
4. 被共済者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
5. 被共済者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日

委任者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

被共済者との関係（　本人・親権者・里親・その他　）

＜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。