

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
(死亡・後遺障害・医療)

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

報 告 年 月 日 _____ 年 月 日
 市 区 町 村 子 連 名 _____
 地 区 ・ 学 区 _____
 代 表 者 名 _____
 報 告 者 名 _____
 連 絡 先 () _____

都道府県・指定都市子連受付日	
担当者	

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			
都道府県 指定都市子連 確認欄	安全共済会加入確認		
	共済掛金入金確認		

<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。