

必要な場合は記入してください

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)

・該当項目に○印

・提出日

都道府県・指定都市子連受付印

担当者

報告年月日 年 月 日
市区町村等子連 **文京区子ども会連合会**
地区・学区
代表者名 **文京 二郎**
報告者名 **岩堀 哲夫**
連絡先 **03-1234-9999**

・提出日現在の代表者名・報告者名

・事故日

事故内容

日付	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (△)	時刻	<input type="text"/> : <input type="text"/>	天候	<input type="text"/>
被害者氏名	杉浦 四郎 (男)女 10 歳 5 学年 (幼○小・中・高・育・指)				
子ども会名	大塚子ども会	子ども会番号	130550001		
行事名	ソフトボール練習				
発生場所	大塚小学校グラウンド				
<p>事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)</p> <p>ソフトボールの試合形式の練習中、ヒットを打ってファーストからセカンドベースに滑り込んだ。その際に右足がセカンドベースにあたり、ぐきっと音がして捻ってしまった。痛みがなかなかひかないので翌日病院の行った。</p> <p>レントゲンの結果、右足首の骨折と診断された。ギプスで患部を固定し、経過観察で現在通院中。</p> <p style="text-align: center;">わかりやすくご記入願います。</p>					
KYTの実施状況	毎年4月に、安全啓発講習会を実施している。当日も、事前に「KYT」を実施した。				
都道府県指定都市子連確認欄	安全共済会加入確認	<input type="text"/>			
	共済掛金入金確認	<input type="text"/>			

<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。

※ボールペンで記入して下さい

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

都道府県・指定都市子連
代表者の事故証明印

必要な場合は記入して下さい

都道府県・指定都市子連名 特定非営利活動法人東京都子ども会連合会

㊞



請求時の代表者名

代表者が自署の場合は押印不要

所属市区町村等子連名 文京区子ども会連合会

単位子ども会名 大塚子ども会

代表者名 文京 二郎

単位子ども会番号 130550001

全国子ども会安全共済会 共済約款に基づき、関係書類を添付して請求いたします。

ご請求者	住所	〒 (112 - 0012) 東京都文京区大塚3-3-3		被共済者が未成年の場合は親権者の名前を記入 被共済者が指導者または育成者の場合は被共済者の名前を記入	××××年×月××日
	氏名	杉浦 隆		請求者が自署の場合は押印不要	() 請求者住所 〒 112 - 0012 文京区大塚3-3-3
	連絡先	3 - 1234 -			・傷害または疾病を被った人の住所・氏名・生年月日を記入
	被共済者の続柄	本人・親権者・ その他()			杉浦 四郎 (男)女
添付書類	1	医療費領収書(写) 診療明細書 枚		②	個人情報取り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	フリガナ	銀行・信金・信組・農協・漁協・協会・() ゆうちょ銀行		〇三八 (数字3桁)店	
	口座名義	支店 普通預金以外の場合() リガナ		口座番号 1234567	座名義 スギウラタカシ 杉浦 隆

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名 大塚 三郎 (男)女 年齢 ×× 歳 子どもの役職 単位子ども会会長

日付	××××年×月××日(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	大塚小学校グラウンド		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
行事名	ソフトボール練習		参加者数	15 名
天候	晴れ		参加者数	15 名
事故状況の経緯	事故発生状況	ソフトボールの試合に右足がセカンドベースに滑り込んだ。その際なかなかひかないので翌日病院の行った。 ・事故が発生した時の様子がわかるように記入して下さい(どこで?どのようにして?何をした?)		
	治療の経過及び状況	(傷病部位)傷病名	右足首骨折 通院開始日 通院終了日	
		診療機関名1	大塚整形外科 診療期間(月日~月日)	
		治療の経過と状況	レントゲンの結果、右足首の骨折と診断された。ギプスで患部を固定し、経過観察で10回通院した。 通院開始日 通院終了日	
原因	診療機関名2	高橋整形外科 診療期間(月日~月日)		
	治療の経過と状況	整形外科での治療のあと、少しいたみがあったのでリハビリも兼ねて、患部のマッサージと電療法、温罨法の治療を行い6/3に治癒となった。通院は10回。 ※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。

市区町村子連	受付日	担当者
	市区町村子連にて	

都道府県指定都市子連	受付日	請求完了日	担当者
------------	-----	-------	-----

2020.10 改訂

個人情報の取扱いについての同意書

大塚整形外科病院 御中

高橋整骨院 御中

御中

事故発生日

私は、××××年 × 月 ×× 日 発生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

- 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。
- 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。
 - 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - レントゲンフィルムなどの検査資料

記入日

・ 同意日 ××××年 × 月 ×× 日

記入もれのないよう、お願いします

・ 住所 東京都文京区大塚3-3-3

ケガ(病気)をされた方が未成年の場合は、親権者(お父様・お母様等)のお名前を記入願います

・ 氏名 杉浦 隆 (印)

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 東京都文京区大塚3-3-3

氏名 杉浦 四郎

生年月日 ××××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。

2018.10.1改訂

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

・本報告書は治療してもらった医療機関に記入してもらって下さい

医療報告書

氏名	杉浦 四郎		男・女	生年月日	××××年×月××日
住所	〒112-0012 東京都文京区大塚3-3-3				
傷病名	(1) 右足首骨折				
	(2)				
	(3)				
診療期間と報酬点数	初診日	××××年	×月	××日	合計点数
	治療日	△△△△年	△月	△△日	
	通院		入院		
	4月	2日間 3,012点	月	日間 点	3,716点
	5月	2日間 704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		
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 〒112-0012 東京都文京区大塚1-2-3			
	病医院名	大塚整形外科病院			
	(医師名)	整形 太郎 (印)			
TEL	03 (1234) 6666				

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。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

・本報告書は治療してもらった施術所に記入してもらって下さい

柔道整復施術報告書

被施術者 杉浦 四郎 生年月日 ××××年×月××日

受傷日 ××××年×月××日

施術期間 ××××年×月××日～△△△△年△月△△日

施術日数 ×× 日

施術部位 右足首

負傷名 右足首骨折

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	1,460	円
	初検時相談支援料	50	円
	再検料	320	円
＜施術情報提供料＞			円
＜往療料＞			円
＜施術料等＞	整復・固定施療料	1,520	円
	後療料	7,070	円
	温罨法料	1,050	円
	冷罨法料		円
	電療料	420	円
計		11,890	円

××××年×月××日

住所 〒112-0012 東京都文京区大塚5-5-5

施術所名 高橋整骨院

氏名 高橋 浩司

印

電話 03-1234-3333

<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。

※ボールペンで記入して下さい

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

都道府県・指定都市子連
代表者の事故証明印

都道府県・指定都市子連名 特定非営利活動法人東京都子ども会連合会



請求時の代表者名
所属市区町村等子連名 **文京区子ども会連合会**
代表者名 **文京 二郎**

代表者が自署
の場合は押印
不要

単位子ども会名 **大塚子ども会**
単位子ども会番号 **130550001**

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。

Request form with fields for address, date, contact info, and bank details. Includes notes about registration for minors and guardians.

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名 **大塚 三郎** (男)女 年齢 **64** 歳 子ども会の役職 **単位子ども会 会長**

Accident report form with fields for date, location, event, weather, and detailed medical history.

(事故状況)

Accident details form including injury location, activity classification, and symptoms.

<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。

Table with columns: 市区町村子連, 受付日, 担当者

Table with columns: 都道府県指定都市子連, 受付日, 請求完了日, 担当者

2020.10 改訂

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

・医師に記入してもらってください

後遺障害診断書

患者 (被共済者)	住所	〒112-0012 東京都文京区大塚3-3-3		
	氏名	杉浦 四郎	男・女	×××× 年 × 月 × 日生
受傷の日時	×××× 年 × 月 × 日 △ 曜日 午前 2 時頃 午後			
傷病名・治療および後遺症の状況 ・傷病 節の機能障害 ・治療および後遺症の状 右肘関節に障害があることが判明した。骨折部分についてはギプスで幹部を固定し、経過観察で12日通院し、完治となった。右肘については、力が入らなく、神経麻痺が見られることから、リハビリとマッサージの治療を施行するも、12/1に症状の回復が見られないということで後遺障害が確定した。				
・共済約款の「後遺障害共済金支払区分表」より「等級、号」を記入してもらってください				
該当等級	12		級	6 号
症状固定日	×××× 年 ×× 月 × 日			
初診日	××××年 × 月 × 日 (土曜日)			
通院	自	××××年 × 月 × 日 (△曜日)	43 日間	保険医療総額
	至	××××年 × 月 × 日 (○曜日)		
入院	自	××××年 × 月 × 日 (△曜日)	8 日間	116,230 円
	至	××××年 × 月 × 日 (○曜日)		
上記のとおり診断いたします ××××年 × 月 × 日 住所 〒112-0012 東京都文京区大塚1-2-3 医院名 大塚整形外科病院 医師名 整形 太郎 (印) TEL 03 (1234) 6666				

〈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。

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

・被共済者の死亡日

××××年 × 月 × 日 杉浦 四郎 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 杉浦 隆 殿に全額が支払われることに同意いたします。

・代表相続人の名前

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。

提出

××××年 × 月 × 日

・代表相続人以外の相続人を全員記入

被相続人との続柄

東京都文京区大塚3-3-3

親

住所

氏名

杉浦 幸子

印

被相続人との続柄

住所

氏名

印

被相続人との続柄

住所

氏名

印

被相続人との続柄

住所

氏名

印

<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。

2018.10.1改訂

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 ・被共済者に共済金請求できない事情がある場合、請求者に代わって請求する人

住所 文京区大塚4-4-4

氏名 杉浦 隆二

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28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 ××××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 杉浦 四郎

5. 被共済者住所 文京区大塚3-3-3

××××年×月×日

【被共済者に代わって手続きを委任する人】
・医療または後遺障害の場合
請求者について記入
・死亡の場合
代表相続人について記入

委任者住所 文京区大塚3-3-3

委任者氏名 杉浦 隆 ⑩

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。

2018.10.1改訂