

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

(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 25年 4月 21日

都道府県・指定都市子連 東京都子連

市区町村子連 世田谷区子連

代表者名 杉浦 隆

報告者名 佐藤 恵子

連絡先 03 (0000) 0000

事故内容

日付	25年 4月 20日(土)	時刻	18:00	天候	晴
被害者	氏名 佐藤 一平 (男)・女 10歳 5学年 (幼・小・中・高・育・指)				
子ども会名	松原町子ども会	子ども会番号	131120001		
行事名	球技大会(バレーボール)				
発生場所	松原小学校校庭				
事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)					
分かりやすく記入してください					
KYTの実施状況	当日開始前に、事故防止の指導をした。				
摘要					
全国子ども会安全共済会加入日:平成 25年 4月 1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。

都道府県・指定都市子連受付年月日	平成 年 月 日	全 子 連	平成 年 月 日
担当者		担当者	

※ボールペンで記入して下さい

必要な場合は記入下さい

被共済者番号

共済様式4-1-1 共済金請求書

「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・指定都市子連名 東京都子連
代表者名 〇〇 〇〇 (印)

所属市区町村子連名 世田谷区子連
代表者名 杉浦 隆 (印)
単位子ども会名 松原子ども会
単位子ども会番号 131120001

必ず記入して下さい

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	〒156-2222 世田谷区松原2-12-10	ご請求日	平成 25 年 5 月 20 日	
	氏名	佐藤 恵子 (印)	被共済者	住所	〒 同 左
	連絡先	03 (0000) 0000		氏名	佐藤 一平 (男) 女
	被共済者との続柄	本人(親権者)		生年月日	平成14年8月1日 10歳5 学年
添付書類	1	医療費領収書(写)又は診療明細書 4 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	三井住友(銀行) 信金・信組・農協・漁協・労金・() 新宿 支店 (普) 当 預金 口座番号 <u>1234567</u>		ゆうちょ銀行 (数字3桁) 店 (普・当) 預金 口座番号 _____		
	フリガナ <u>サトウ ケイコ</u> 口座名義 <u>佐藤 恵子</u>		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	田中 花子 男(女)	年齢	40 歳	子ども会の役職	会長
日付	平成25年4月20日	時刻	18:00	天候	晴
場所	松原小学校校庭	傷病名	骨折		
行事名	球技大会(バレーボール)	参加者数	20 名		
事故発生状況	と事 事故発生状況				
	<div style="border: 1px dashed red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>分かりやすく記入してください</p> </div>				
経の原	治療の経過と状況				
	<div style="border: 1px dashed red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>治療内容と治癒の経過を分かりやすく記入してください</p> </div>				
過因	診療機関名	長谷川外科病院	診療期間(4月 20日から 5月 20日・31日間)	
(事故状況)	診療機関名		診療期間(月 日から 月 日・ 日間)	
傷害部位	全身・頭部・顔部・頸部・肩部・上腕・前腕・手(腕)部・胸部・腹部・背部・腰部・大腿・下腿・足部				
活動分類	スポーツ(水泳・ソフトボール・野球・バレーボール・ドッジボール・ポートボール・キックベースボール・バスケットボール・サッカー・マラソン・運動会・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) 野外活動(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○)	<input type="radio"/>	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)	
	<input type="radio"/>	名簿	<input type="radio"/>	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ります。

市区町村子連	受付日	担当者

都道府県子連	受付日	請求完了日	担当者
			請求書裏面はありません

必要な場合は記入してください

被共済者番号

共済様式4-1-2 共済金請求書

「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

所属市区町村子連名 世田谷区子連

都道府県・指定都市子連名 東京都子連

代表者名 杉浦 隆 (印)

代表者名 〇〇 〇〇 (印)

単位子ども会名 松原子ども会

単位子ども会番号 131120001

必ず記入してください

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	〒156-2222 世田谷区松原2-12-10		ご請求日	平成 25 年 5 月 20 日	
	氏名	佐藤 恵子 (印)		被共済者	住所	〒 同 左
	連絡先	03 (0000) 0000			氏名	佐藤 一平 (男) 女
	被共済者との続柄	本人(親権者) 相続人・その他()			生年月日	平成14年8月1日 10歳 5 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	三井住友(銀行) 信金・信組・農協・漁協・労金・() 新宿 支店 (普当) 預金 口座番号 1234567 フリガナ サトウ ケイコ 口座名義 佐藤 恵子			ゆうちょ銀行 (数字3桁) 店 (普・当) 預金 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	田中 花子 男(女)	年齢	40 歳	子ども会の役職	会長
日付	平成25年4月20日	時刻	18:00	天候	晴
場所	松原小学校校庭		傷病名	骨折	
行事名	球技大会(バレーボール)		参加者数	20 名	
事故発生状況の原	と事	事故発生状況			
	故	分かりやすく記入してください			
	経	治療の経過と状況			
原	治療内容と治癒の経過を分かりやすく記入してください				
過	診療機関名	長谷川外科病院		診療期間	(4 月 20 日から 5 月 20 日・ 31 日間)
因	診療機関名			診療期間	(月 日から 月 日・ 日間)
(事故状況)					
傷害部位	全身・頭部・顔部・頸部・肩部・上腕・前腕・手(指)部・腕部・腹部・背部・腰部・大腿・下腿・足部				
活動分類	スポーツ(水泳・ソフトボール・野球・バレーボール)・ドッジボール・ポートボール・キックベースボール・バスケットボール・サッカー・マラソン・運動会・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) 野外活動(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○)	<input type="radio"/>	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)	
	<input type="radio"/>	名簿	<input type="radio"/>	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。

市区町村子連	受付日	担当者	都指	受付日	請求完了日	担当者
			道府			
			子連			
			府連			
			都子			
			県			
			市連			
						請求書裏面はありません
						(H25.4)

個人情報の取扱いについての同意書

長谷川外科

病院 接骨院 御中

私は、25年4月20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

- 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

記入もれのないよう、お願いします

・ 同意日 平成 25 年 5 月 20 日

・ 住所 世田谷区松原2-15-10

怪我(病気)をされた方がお子様の場合は、親権者(お父様・お母様等)のお名前を記入願います

・ 氏名 佐藤 恵子 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

氏名 佐藤 一平

住所 世田谷区松原2-15-10

生年月日 明治・大正・昭和・平成 14 年 8 月 1 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。