

② 様式 21 請求兼事故証明書

公益社団法人 全国子ども会連合会 中野 所属の市区町村等子連に提出願います。 〈共済様式〉21

全国子ども会安全共済会 <医療共済金> 請求兼事故証明書

都道府県 指定都市子連 代表者	所属の都道府県・指定都市子連にて記入押印します。	事故 証明印	←	単位子ども会 単位子ども会番号	大塚子ども会 000-001-001
				市区町村等子連	文京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。

請求者	住所	〒 000 子ども会文京市大塚町1-10		ご請求日	令和 〇 年 9 月 15 日	
	氏名	音羽 達也	被共済者	住所	〇 請求者住所と同じ	
	連絡先	00X1 - 23 1313	氏名	音羽 翔太	性別	男
	被共済者の続柄	本人(親権者)・その他()	生年月日	1925年5月15日 10歳 04ヶ月		

請求者が自費の場合は押印不要です。

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費領収書(写) 5 枚 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書 1 枚 <input type="checkbox"/> 2 個人情報等の取扱いについての同意書 文京(緑区) 協会・連絡・業務・請求・分会、() お振込先 大塚 支店 口座番号 1234567 口座名義(カタカナ) オトワタツヤ	<input type="checkbox"/> 3 医療機関 <input type="checkbox"/> 4 その他 被共済者が18歳未満の場合は親権者が請求者になります。 被共済者が18歳以上の場合は請求者は被共済者となります。
------	---	--

<遊覧状況報告兼事故証明書欄>

管理責任者氏名	押印 達	年齢	55 歳	子ども会の役職	大塚子ども会 会長
事故日	令和 〇 年 8 月 7 日 (日)	時刻	1030	遊覧活動の種類	学校行事の代休、開放活動 その他
発生場所	文京第一小学校グラウンド				
行事名	ソフトボール練習				
天候	晴れ	参加者数	25 名	就学前3年以下の被共済者の場合	安全共済会加入の有無

事故発生状況

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ベースからセカンドベースにすべりこみ、その際に、右足がセカンドベースにあたり、グキッと音がして落ちてしまった。アイシングをして様子を見たが、なかなか痛みがひかないので登日病院に行った。

治療の経過と状況

(備前部位) 傷病名	右足首骨折	通院開始日	8月8日	通院終了日	8月31日
診療機関名1	大塚整形外科	診療期間	8月8日 ~ 8月31日		
治療の経過と状況	レントゲン検査の結果、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5回通院し8月31日に完治した。				
診療機関名2					
治療の経過と状況	どのような状況で事故が発生したのかできるだけ詳細に記入願います。				

※コケ以上の診療機関へかかった場合は、コケ所目録は別紙にて上記項目と内容を記載の上提出してください。

(事故状況)

傷患部位	全身・顔部・顔部・顔部・顔部・上腕・前腕・手背・胸部・腰部・臀部・大腿・下腿・手背				
症状分類	打撲(骨折)、捻挫、切り傷、突き刺さ、擦傷、湯火傷、凍傷、熱傷、火傷、顔面、顔面、顔面、顔面				
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、ポロボール、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()				
経過の備考・指定都市子連連絡簿(連絡簿は〇)	行先別記載	住居の経過(事故発生場所が住居中の場合)	加入会費別		

<個人情報等の取扱いについて>

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、保護者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 提出欄	受付日	提出者	都道府県 指定都市子連 提出欄	受付日	請求完了日	提出者
----------------	-----	-----	-----------------------	-----	-------	-----

令和5年1月改訂

③ 様式 22-1 個人情報同意書

〈共済様式〉22

個人情報等の取扱いについての同意書

大塚整形外科 御中

御中

御中

事故日を記入してください。

私は、令和 〇 年 8 月 7 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・処方箋・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

「同意日」は本用紙を記入した日付を記入してください。

・ 同意日 令和 〇 年 9 月 15 日

・ 住所 子ども会文京市大塚町1-10

・ 氏名 音羽 達也

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

患者(被共済者)様の

住所 子ども会文京市大塚町1-10

氏名 音羽 翔太

生年月日 (昭和・平成・令和) 25 年 5 月 15 日 生

<個人情報等の取扱いについて>

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、保護者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。

令和5年1月改訂