

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 _____					
市区町村子連 _____					
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。

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				

「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

所属市区町村子連名 _____

都道府県・指定都市子連名 _____

代表者名 _____ (印)

代表者名 _____ (印)

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	_____ (印)		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 ____ 年
添付書類	1	医療費領収書(写)又は診療明細書 _____ 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・当)預金 口座番号 _____			ゆうちょ銀行 _____ (数字3桁)店 (普・当)預金 口座番号 _____		
	フリガナ _____			フリガナ _____		
	口座名義 _____			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	_____
日付	平成 年 月 日	時刻	_____	天候	_____
場所	_____			傷病名	_____
行事名	_____			参加者数	_____ 名
事故発生状況	事故発生時の状況				
原因	治療の経過と状況				
因過	診療機関名 _____	診療期間(月 日から 月 日・ 日間)	_____		
	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○)	_____	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

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
都道府県・指定都市子連名
代表者名
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。

請求者情報表: 住所、氏名、連絡先、被共済者との続柄、ご請求日、平成年月日、住所、氏名、生年月日、学年、添付書類リスト、お振込先金融機関情報

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

災害状況報告書兼事故証明書欄: 管理者氏名、年齢、子ども会の役職、日付、時刻、天候、場所、傷病名、行事名、参加者数、事故発生状況の経緯、治療の経過と状況、治療機関名、治療期間、(事故状況) 傷害部位、活動分類、症状分類、都道府県子連・指定都市子連 確認欄、行事計画書、往復の経路図、名簿、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。

Table with 3 columns: 市区町村子連, 受付日, 担当者

Table with 4 columns: 都指道子定府連都子連, 受付日, 請求完了日, 担当者

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	合計点数	
	治癒日	年	月	日		
	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			
月	日間 点	月	日間 点			
						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	_____
	病院名	_____	
	(医師名)	_____ 印	
	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。

※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。

柔道整復施術報告書

被施術者 _____ 生年月日 _____ 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。

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)	日間	平成 年 月 日 症状固定		
	至 平成 年 月 日(曜日)				
入 院	自 平成 年 月 日(曜日)	日間	保険医療総額 _____ 点		
	至 平成 年 月 日(曜日)				
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					
(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。

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 _____ (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

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 (印)

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。

(H25.4)

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¹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 _____ ⑩

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 _____

住 所 _____

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。