

※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。

ご請求者	住所	〒112-0012 東京都文京区	ご請求日	××××年 ×月 ××日
	氏名		住所	〒112-0012 東京都文京区
	連絡先	03 ()	氏名	杉浦
	被共済者との続柄	本人・親権者	生年月日	××××年 ×月 ×日 10歳 5 学年
添付書類	1 死亡診断書又は死体検案書 3 後遺障害診断書	2 個人情報への取り扱いについての同意書 4 被共済者の戸籍謄本(死亡時)		
お振込先金融機関	銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・() 支店 普通預金以外の場合() フリガナ 口座名義	ゆうちょ銀行 〇三八 (数字3桁)店 口座番号 1234567 スギウラタカシ 名義 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	64 歳	子ども会の役職	単位子ども会 会長
-------	------------	----	------	---------	-----------

日付	××××年 ×月 ×日 (土)	時刻	14:00	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		行事名	校区ソフトボール大会練習	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
天候	晴れ	参加者数	30 名	有 無	有 無
事故の経緯	事故発生 の状況 校区ソフトボール大会である被共済者の。				
原因	(傷病部位) 傷病名 右肘骨折および機能障害 診療機関名1 大塚整形外科病院 診療期間 ×月 ×日 ~ △月 △日 治療の経過及び状況 右上腕骨折と右肘の機能に障害があることが判明し、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、後遺症が確定した経緯を記入して下さい 痺が見られることから、リハビリとマッサージに通院したが、1ヶ月に症状の回復が見られないことでも後遺障害が確定した。				
因	※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

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