

※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

㊦

所属市区町村等子連名 文京区子ども会連合会

請求時の代表者名

代表者が自署の場合は押印不要

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、関係書類を提出し、共済金を請求します。

Form with fields for address (住所), name (氏名), contact (連絡先), insurance type (被共済者), medical documents (添付書類), and bank details (お振込先).

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

Form for accident details including date (日付), location (場所), event (行事名), weather (天候), accident description (事故状況), and medical history (治療の経過).

(事故状況)

Form for injury details including injury location (傷害部位), activity type (活動分類), and symptoms (症状分類).

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。

Footer table with columns for date (受付日), request completion date (請求完了日), and responsible person (担当者).