

※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

㊞



請求時の代表者名

代表者が自署の場合は押印不要

所属市区町村等子連名 文京区子ども会連合会

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、関係書類を添付して請求いたします。

ご請求者	住所	〒 (112 - 0012) 東京都文京区大塚3-3-3		被共済者が未成年の場合は親権者の名前を記入 被共済者が指導者または育成者の場合は被共済者の名前を記入	××××年×月××日
	氏名	杉浦 隆		請求者が自署の場合は押印不要	() 請求者住所 〒 112 - 0012 文京区大塚3-3-3
	連絡先	3 - 1234 -			・傷害または疾病を被った人の住所・氏名・生年月日を記入
	被共済者との続柄	本人・親権者・ その他()			杉浦 四郎 (男/女)
添付書類	1	医療費領収書(写) 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・協会・()		ゆうちょ銀行	〇三八 (数字3桁)店	
	支店	普通預金以外の場合()	口座番号	1234567	
フリガナ	口座名義		リガナ	スギウラタカシ	
			座名義	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 ×× 歳 子どもの役職 単位子ども会会長

日付	××××年×月××日(日) 時刻		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
場所	大塚小学校グラウンド		その他()	
行事名	ソフトボール練習		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	15 名	有 無
事故状況	事故発生状況	ソフトボールの試合に右足がセカンドベースに滑り込んだ。その際なかなかひかないので翌日に病院の行った。		
	治療の経過及び状況	(傷病部位)傷病名	右足首骨折	通院開始日 通院終了日
		診療機関名1	大塚整形外科	診療期間(月日~月日)
		治療の経過と状況	レントゲンの結果、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10回通院した。	
診療機関名2	高橋整形外科	診療期間(月日~月日)	通院開始日 通院終了日	
治療の経過と状況	整形外科での治療のあと、少しいたみがあったのでリハビリも兼ねて、患部のマッサージと電療法、温罨法の治療を行い6/3に治癒となった。通院は10回。			
因 過	※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		掛金入金確認

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
	市区町村子連にて	

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