

放課後安心プラン 事故第一報報告書

(医療・入院・通院・手術・死亡・後遺障害)

全子連受付日	
--------	--

(提出日) 令和 年 月 日

所属団体名			
報告者		被共済者との関係	
連絡先電話番号			
メールアドレス			
請求書類送付先住所	〒 ー		
宛名			

事故内容

被共済者		生年月日	
住所			
事故日	令和 年 月 日 ()	時刻	
発生場所			
事故の状況 (原因・処置・経過・傷害・疾病の状況)			
全子連 使用欄	加入者確認	共済掛金確認	請求書確認

<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。