

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)

記入例

全子連受付日

(提出日) 令和 〇 年 5 月 15 日

所属団体名	〇〇放課後児童クラブ		
報告者	放課後 一郎	被共済者との関係	団体担当者
連絡先電話番号	090-XXXX-XXXX		
メールアドレス	XXXX@XXXX.ne.jp		
請求書類送付先住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇町〇丁目1-1		
宛名	〇〇放課後児童クラブ 放課後一郎		

請求書送付先は、請求手続きを管理する方をご記入ください

事故内容

被共済者	安全 次郎	生年月日	平成〇年〇月〇日
住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇		
事故日	令和 〇 年 5 月 12 日 (金)	時刻	16:00
発生場所	〇〇教室の教室内		
事故の状況 (原因・処置・経過・傷害・疾病の状況)			
教室内で友達とぶつかってバランスを崩し、転んだ際に手首を痛めた。			
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。