

放課後安心プラン 共済金請求書兼事故証明書

全国子ども会安全共済会 共済約款および放課後安心特約約款に基づき、関係書類を添えて共済金を請求します。

請求共済金		<input type="checkbox"/> 医療	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 後遺障害
(一) 請求者	住所	〒		ご請求日		令和 年 月 日	
	氏名	(印)		被共済者	住所	○ 請求者住所に同じ 〒	
	連絡先	- -			氏名		性別
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他()		生年月日	年 月 日 歳		
添付書類	1	医療費領収書(写) _____ 枚	3 死亡診断書(死体検案書)・後遺障害診断書				
		診療明細書 _____ 枚					
	2	個人情報の取扱いについての同意書【放課後22】	5 公的証明書				
			6 その他				
お振込先金融機関	_____ 銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・()			ゆうちょ銀行 _____ (数字3桁) 店			
	_____ 支店 <small>普通預金以外の場合()</small> <input type="checkbox"/> 座番号 _____			_____ <input type="checkbox"/> 座番号 _____			
		<input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ)			<input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ)		

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

事故日	令和 年 月 日 ()	時刻	天候
発生場所			
事故発生の状況			

団体証明欄

団体名				
団体代表者証明	上記、相違ないことを証明します。		証明日	年 月 日
	代表者	(印)	管理者	年齢

傷害部位	<input type="checkbox"/> 全身	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 肩部	<input type="checkbox"/> 上腕	<input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 手部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> 背部	<input type="checkbox"/> 腰部	<input type="checkbox"/> 大腿	<input type="checkbox"/> 下腿	<input type="checkbox"/> 足部					
症状分類	<input type="checkbox"/> 打撲	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 捻挫	<input type="checkbox"/> 切傷	<input type="checkbox"/> 突指	<input type="checkbox"/> 脱臼	<input type="checkbox"/> 擦過傷	<input type="checkbox"/> 歯損	<input type="checkbox"/> 関節炎	<input type="checkbox"/> 火傷
	<input type="checkbox"/> 視力	<input type="checkbox"/> その他								
活動分類	放課後通常活動 () 放課後個別行事 () スポーツ行事【ドッジボール、ソフトボール、野球、バレーボール、その他 () 社会奉仕活動、集団活動、研修会、往復途中、その他()									

【引き続き、放課後21-②を記入願います。】

令和6年3月改訂

傷病名												
診療機関①		治療期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	
治療の経過と状況												
診療機関②		治療期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	
治療の経過と状況												
※3ヶ所以上の診療機関へかかった場合、3ヶ所目以降は本用紙をコピーして記載の上提出してください。												
入院期間	1回目	<input type="checkbox"/> 診療機関①	<input type="checkbox"/> 診療機関①	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	2回目	<input type="checkbox"/> 診療機関②	<input type="checkbox"/> 診療機関②	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
通院日数			日 共済金の支払いには医療費領収書(写)・診療明細書(写)が判断資料になりますのでくれなくご提出願います。									
ギプス等の固定具使用の有る場合は下記事項を記入願います。 ただし、手足の指の固定具、頸椎固定シーネ、頸椎カラー、頸部のコルセット、鎖骨固定帯、胸部固定帯、肋骨固定帯、軟性コルセット、サポータ・テーピングその他着脱が容易なものは固定具にはなりません。												
医師等の指示により固定具を常時装着した期間												
令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	腕または脚の固定	胸部または腹部の固定		
固定具種類	<input type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	腕または脚の固定	胸部または腹部の固定		
固定具種類	<input type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
手術をした場合は左記事項を記入願います。	診療明細書・診療報酬明細書・手術の同意書等手術の内容が確認できる書類のコピーを添付してください。											
	手術名もしくは手術コード							手術日	令和	年	月	日
								先進医療	<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない		
	手術名もしくは手術コード							手術日	令和	年	月	日
							先進医療	<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない			
全子連確認欄	全子連受付日		加入者確認		往復の経路図							
	請求完了日		共済掛金確認		その他							

<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。