

対象の事故が学校管理下の事故でないことを確認して、☒を入れてください。

請求書兼事故証明書

全国子ども会連合会 共済約款および放課後安心特約約款に基づき、関係書類を添付

請求する共済金の種類を選択してください。

☒ 本請求は、学校管理下の事故でないことを確認しました

請求共済金		☒ 医療	☒ 通院	☐ 入院	☐ 手術	☐ 死亡	☐ 後遺障害
ご請求者	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1丁目1-1			請求日	令和 〇 年 6 月 30 日	
	氏名	安全 太郎			被共済者住所	〇〇 請求者住所に同じ	
	連絡先	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			氏名	安全 次郎	性別 男
	被共済者との続柄	本人・ <u>親権者</u> ・その他()			生年月日	平成〇 年 5 月 5 日 10 歳	
添付書類	① 医療費領収書(写)	〇 枚			3 死亡診断書(死体検案書)・後遺障害診断書		
	診療明細書	〇 枚			4 被共済者の戸籍謄本	被共済者が18歳未満の場合は親権者が請求者になります。 被共済者が18歳以上の場合は請求者は被共済者となります。	
	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	〇〇 <u>銀行</u> ・信金・信組・農協・漁協・労金・()	ゆうちょ銀行 (数字3桁) 店					
	〇〇 支店 普通預金以外の場合()	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇			口座番号		
	口座名義(カタカナ)	アンゼンタロウ			口座名義(カタカナ)		

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

事故日	令和 〇 年 5 月 12 日 (金)	時刻	16:00	天候	晴れ
発生場所	放課後児童クラブの教室				
事故発生の状況	放課後児童クラブの通常活動で教室内で遊んでいるときにつまづいて転倒した。その際に、足首をひねり痛みがあったので病院を受診した。				
往復途中の事故の場合、届け出経路の事故であることを確認して ☒ を入れてください。					
団体	〇〇放課後児童クラブ				
☐ 往復途中の事故の場合は団体(児童クラブ等)に届け出の経路の事故であることを確認しました。					
団体代表者証明	上記、相違ないことを証明します。		証明日	令和〇 年 〇 月 〇 日	
	代表者	●●●●	管理者	〇〇 〇〇	

傷害部位	☐ 全身	☐ 頭部	☐ 顔部	☐ 頸部	胸部	☐ 腹部
	☐ 背部	☐ 腰部	☐ 大腿	☒ 下腿		
症状分類	☐ 打撲	☒ 骨折	☐ 捻挫	☐ 切傷	☐ 突指	☐ 脱臼
	☐ 視力	☐ その他	☐ 擦過傷	☐ 歯損	☐ 関節炎	☐ 火傷
活動分類	放課後通常活動 (教室内の遊び) 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。】

傷病名	左足首の骨折				
診療機関①	〇〇整形外科	治療期間	令和〇年5月12日 ~ 令和〇年6月15日		
治療の経過と状況	レントゲン検査の結果、左足首の骨折と診断された。患部をギプスで固定し、経過観察で6回通院し、6月15日に完治した。				
診療機関②		治療期間	年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
治療の経過と状況	領収書・診療明細書(写)を確認して共済金支払処理を実施しますので送付もれのないようご注意ください。				
※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	☐ 診療機関①	☐ 診療機関②	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	2回目	☐ 診療機関①	☐ 診療機関②	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
通院日数	6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も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 〇 年 5 月 12 日 ~ 令和 〇 年 5 月 17 日			腕または脚の固定		胸部または腹部の固定
固定具種類	☒ ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ		☒ 有 ☐ 無		☐ 有 ☒ 無
令和 年 月 日	ギプス等を着用した期間・種類を記入してください。		腕または脚の固定		胸部または腹部の固定
固定具種類	☐ ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ		☐ 有 ☐ 無		☐ 有 ☐ 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	☐ 該当する ☐ 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	☐ 該当する ☐ 該当しない		

<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。