

事故発生より30日以内に報告してください
山形県子連 FAX 023-674-7147

被共済者番号
No.

全国子ども会安全共済会事故第一報報告書

(死亡・後遺障害・医療)

該当する項目を○で囲んでください

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中
(都道府県子連・指定都市子連へ提出)

報告年月日 令和2年4月26日

市区町村子連名 文京区子ども会連合会

地区・学区 ○○学区

代表者名 文京 二郎

報告者名 岩堀 哲夫

連絡先 03 (1234) 9999

都道府県・指定都市子連受付日	
担当者	

事故内容

日中連絡のつく電話番号を記入してください

日付	令和2年4月22日(日)	時刻	10:00	天候	晴		
被害者氏名	杉浦 四郎	性別	男	年齢	10歳	学年	5学年 (幼・小・中・高・育・指)
子ども会名	大塚子ども会	子ども会番号	130510001				
行事名	ソフトボール練習						
発生場所	大塚小学校グラウンド						
事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)	ソフトボールの試合形式の練習中、ヒットを打ってファーストからセカンドベースに滑り込んだ。その際に右足がセカンドベースボールにあたり、ぐきっと音がして捻ってしまった。痛みがなかなかひかないので翌日病院に行った。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、経過観察で現在通院中。						
KYTの実施状況	毎年4月に、安全教育講習会を実施している。当日も、開始前に準備運動を行い、事故防止の指導を実施した。						
都道府県指定都市子連確認欄	安全共済会加入確認						
	共済掛金入金確認						

分かりやすく記入してください

<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。