

「全国子ども会安全共済会」 <医療共済金> 請求書兼事故証明書

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

都道府県・指定都市子連
代表者の事故証明印

都道府県・指定都市子連名 (一社) 千葉県子ども会育成連合会 ㊤

所属市区町村等子連名 市川市子ども会育成会連絡協議会 単位子ども会名
代表者名 亀山 達次 ㊤ 単位子ども会番号 12203

全国子ども会安全共済会 共済約款に基づき、関係書類を添えて共済金を請求します。

Form with fields for applicant details (住所, 氏名, 連絡先), beneficiary details (被共済者), payment information (添付書類, お振込先), and contact details (フリガナ, 口座名義).

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

Form for disaster and accident reporting, including fields for date, location, event name, and a detailed section for the accident's cause and treatment process.

(事故状況)

Form for accident details, including injury location (傷害部位), activity classification (活動分類), symptom classification (症状分類), and administrative information (都道府県子連).

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。

Summary table with columns for '市区町村子連' and '都道府県指定都市子連', including fields for receipt date, completion date, and responsible person.

個人情報の取扱いについての同意書

御中

御中

御中

私は、令和 年 月 日発生 of 事故における被共済者の傷病について、公益社団法人全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行なうことに同意します。

記

1. 被共済者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について説明を受けること。
2. 以下の資料の交付・貸し出し（複写による提供を含む）を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行なうこと。
 - (1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - (2) レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日 令和 年 月 日

・ 住 所

・ 氏 名 _____ 印

患者（被共済者）様との関係[本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他（ ）]

（注）同意された方が患者（被共済者）様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者（被共済者）様の

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 年 月 日生

<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。