

**記入例**

被共済者番号 12203

<共済様式>請求-11

「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 (一社) 千葉県子ども会育成連合会 ㊞

代表者が自署の場合は押印不要

所属市区町村等子連名 市川市子ども会育成会連絡 単位子ども会名 △△子ども会  
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、医療書類を添付 被共済者が未成年の場合は保護者の住所・氏名

住所	〒 272 - 0016 市川市△△1-1		請求日	令和 4 年 10 月 30 日	
請求者氏名	市川 太郎		住所	(○) 請求者住所と同じ	
連絡先	047 - 000 - 0000		被共済者氏名	市川 華	
被共済者との続柄	本人・親権者		性別	女	
生年月日	2011 年 10 月 6 日 11 歳 6 月		その他		
添付書類	① 医療費領収書(写) 6 枚 診療明細書	② 個人情報の取扱いについての同意書			
3 医療報告書(費用は自己負担)	4 その他( )				
お振込先金融機関	フリガナ <u>イチカワ タロウ</u> 口座名義 <u>市川 太郎</u>		ゆうちょ銀行 (数字3桁) 店 フリガナ 口座番号		

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	八幡 一郎 (男) 女		年齢	48 歳		子ども会の役職	会長	
日付	令和 4 年 7 月 18 日 (月)		時刻	AM10:00		事故日が土日祝・春休み・夏休み・年末年始・お盆・お正月・お彼岸・お月見の日、休業理由		
場所	〇〇小 校庭		行事名			フットベースボール練習		
天候	晴		参加者数	30 名		被共済者の場		
事故の状況	フットベースボールの練習中、キャッチボールの球を受け損ねて右足に当たり負傷。腫れてきたので患部を冷やしたが、痛みが引かないので〇〇中央病院救急外来を受診。							
治療の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名		右足中指骨折					
治療機関名1	〇〇中央病院		診療期間	7 月 18 日 ~ 7 月 18 日				
治療の経過と状況	レントゲン検査の結果右足中指骨折と診断され、患部を固定した。							
治療機関名2	××整形外科		診療期間	7 月 19 日 ~ 9 月 20 日				
治療の経過と状況	翌日から近くの××整形外科に通院。ギプス固定し6回通院。〇月〇日頃治癒。							
※3ヶ所以上の診療機関へかかった場合、3ヶ所目以降は別紙にて上記項目と同内容を記載の上提出してください。								

(事故状況)

傷害部位	全身・頭部・顔部・頸部・肩部・上腕・前腕・手部・胸部・腹部・背部・腰部・大腿・下腿 (足部)							
活動分類	スポーツ(ドッジボール・ソフトボール・野球・バレーボール・ソフトバレーボール・水泳・フットベースボール・キックベースボール・バスケットボール・サッカー・ポートボール・マラソン・相撲・アスレチック・サイクリング・スキー・スケート・その他のスポーツ) 運動会・キャンプ・ハイキング・野外炊飯・花火大会・祭り・その他レクリエーション・社会奉仕活動・集団活動・研修会・往復途中							
症状分類	打撲(骨折・捻挫・切り傷・突き指・脱臼・擦過傷・歯損・関節炎・火傷・視力・その他( ))							
都道府県子連・指定都市子連 確認欄(確認済は○)	行事計画書		往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合)					
	名簿		掛入金確認					

個人情報取り扱いについて 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。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。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。

市区町村子連	受付日	担当者	都道府県	受付日	請求完了日	担当者
	領収証等	市町村子連	指定都市			
	受付日	担当者名	子連			

2020.10  
改訂

# 記入例

## 個人情報の取扱いについての同意書

〇〇中央病院	御中	通院した病院をすべて記入してください
××整形外科	御中	
	御中	事故発生日を記入

私は、令和 4 年 7 月 18 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

- 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。
- 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。
  - 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
  - レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日 令和 4 年 10 月 20 日

・ 住 所 市川市△△1-1

・ 氏 名 市川 太郎 市川 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 市川市△△1-1

氏 名 市川 華

生年月日 2011 年 10 月 6 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。