

記入例

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

都道府県		事故証明印
指定都市市連		Ⓜ
代表者		

単位子ども会	〇〇子ども会
単位子ども会番号	12203

↓

市区町村等子連	市川市子ども会育成会連絡協議会
---------	-----------------

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。

ご請求者	住所	〒 272 - 0000 千葉県市川市八幡1-1-1	ご請求日	令和 5 年 7 月 20 日
	氏名	八幡 一郎	請求者住所と同じ	<input checked="" type="radio"/>
	連絡先	090 - 0000 - 8900	請求者が自署の場合は押印不要です。	
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他()	請求者が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。	
添付書類	① 医療費領収書(写) 5 枚 ② 診療明細書 枚 ③ 個人情報の取扱いについての同意書	④ 医療報酬請求書の書類がない場合。費用は自己負担		
お振込先金融機関	〇〇 銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・() 市川 支店 普通預金以外の場合() 口座番号 12345 口座名義(カタカナ) ヤワタ イチロウ			店

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	行徳 花子	年齢	56 歳	子ども会の役職	〇〇子ども会 会長
事故日	令和 5 年 6 月 3 日 (土)	時刻	10:30	事故日が土日祝・春夏冬休み以外の日で、休日となった理由	学校行事の代休、開校記念日 その他
発生場所	〇〇小学校 校庭	行事名	フットベースボール練習	就学前3年以下の被共済者の場合	安全共済会加入の保護者の同伴 有 無
天候	晴れ	参加者数	25 名		
事故の状況	事故発生の状況	フットベースボールの守備練習中、グローブ越しに左手薬指にボールが当たった。痛みがあったので、冷やして様子を見たが、夜になっても痛みが引かず、皮下出血が見られたため、翌日に〇〇整形外科を受診。			
	治療の原因と経過及び状況	(傷病部位) 傷病名	左手薬指 剥離骨折		
		診療機関名1	〇〇整形外科	診療期間	6 月 3 日 ~ 7 月 20 日
		治療の経過と状況	消炎鎮痛処置等により、全7回通院し、7月20日に完治した。		
治療の経過及び状況	診療機関名2		診療期間	月 日 月 日	
事故の状況		治療が終了した場合、治癒(完治)と必ず記入。 治療請求期間180日を過ぎても継続中の場合は、通院継続中と記入。			
※3ヶ所 記項目と同内容を記載の上提出してください。					

傷害部位	全身・頭部・顔部・頸部・肩部・上腕・ <u>前腕</u> ・手部・胸部・腹部・背部・腰部・大腿・下腿・足部
症状分類	打撲・ <u>骨折</u> ・捻挫・切り傷・突き指・脱臼・擦傷・歯損・関節炎・火傷・視力・その他()
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・サッカー・ <u>フットベースボール</u> ・キックベースボール・バスケットボール・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
都道府県・指定都市市連確認欄(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。

市区町村等子連使用欄	受付日	担当者	都道府県指定都市市連使用欄	受付日	請求完了日	担当者	令和5年1月改訂
------------	-----	-----	---------------	-----	-------	-----	----------