

※ ボールペンで記入して下さい。

「全国子ども会安全共済会」 <死亡・後遺障害共済金> 請求書兼事故証明書

被共済者が未成年の場合は、親権者がこの欄に記入してください。成人の場合は、請求者本人が記入し、被共済者欄には生年月日・年齢・性別を記入してください。

都道府県・指定都市子連 代表者の事故証明印

印

所属市区町村

△△市子ども会連絡協議会

代名

市子連の代表者名

印

代表者が自署の場合は押印不要。

も会名 市子連の代表者名

も会番号 必要場合は記入して下さい。

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

請求者	住所	〒 ( 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇市〇〇町〇〇番地		被共済者が未成年の場合、またご請求者本人が請求する場合も記入が必要です。		
	氏名	愛知 太郎		請求者住所と同じ 〒 ( - )		
	連絡先	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇		同左		
	被共済者との続柄	本人 (親権者)		名	愛知 愛子	
			性別	女	学年	〇
添付書類	1 死亡診断書又は死体検案書	2 個人情報 の取扱い についての同意書	3 後遺障害診断書	4 被共済者の戸籍謄本 (死亡時)		
お振込先金融機関	ABC 銀行 ( 信用・信組・農協・漁協・労金 )	ゆうちょ銀行 (数字3桁) 店				
	△△ 支店 (普通預金以外の場合)	口座番号 1234567		口座番号		
	フリガナ アイチ タロウ	フリガナ				
	口座名義 愛知 太郎	空欄がないようにすべて記入してください。				

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	育成 花子 男(女)	年齢	40 歳	子ども会の役職	単位子ども会会長
日付	2020 年 4 月 20 日 ( 日 )		時刻	10:00	
場所	〇〇小学校 運動場		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 ( )	
行事名	ソフトボール練習		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	有 無
天候	晴	参加者数	15		
事故の 原因 と 経過	事故発生 の 状況	ソフトボール練習中、フライしたボールを捕ろうと走ったところ足を滑らせ転倒。上の前歯が折れてしまった。			
	治療の経過及び 状況	(傷病部位) 傷病名	前歯冠破損		
		診療機関名 1	△△歯科クリニック	診療期間	4 月 20 日 ~ 6 月 18 日
		治療の経過と状況	痛みが酷かったため、すぐに歯医者を受診した。歯冠破折と診断され、歯科補綴を行うことになった。		
	診療機関名 2			日 ~ 月 日	
	治療の経過と状況	治療内容を詳しく記入してください。			
※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・肘部・手関節部・前腕部・腕部・肘部・前腕部・腕部・肘部・前腕部・腕部・肘部・前腕部・腕部				
活動分類	スポーツ(ドッジボール・ソフトボール・フットベースボール・キックベースボール・サッカー・ラグビー・バスケットボール・バレーボール・卓球・テニス・ゴルフ・乗馬・スキー・スノーボード・登山・キャンプ・ハイキング・社会奉仕活動・集団活動・研修会・往復途中)		往復途中の事故の場合、簡単な手書きの地図で結構ですので提出してください。(自宅~活動場所の地図を描き、事故現場に印をつける)		
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・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	掛金入金確認	

<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(以下「本共済会」といいます)の審査、本共済会の業務遂行に必要と認められる範囲内で、業務委託先、共済金の請求等に提供させていただきます。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、共済金の請求等に提供させていただきます。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に限定させていただきます。

市区町村子連

市町村子連で記入してください。

都道府県指定都市子連

受付

県子連で確認を行いますので、空欄で提出してください。