

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

単位子ども会 ○○○子ども会
 単位子ども会番号 ○○○

市区町村等子連 ○○○市子ども会連絡協議会

市区町村等子連を添えて共済金を請求します。

ご請求日 令和 5 年 9 月 15 日

請求者住所 〇 請求者住所と同じ
 〒 -

氏名 音羽 達也 (印)
 連絡先 OXX1 - 23 1212
 被共済者との続柄 本人 親権者 自署の場合は押印不要

被共済者 氏名 音羽 翔太 性別 男
 月日 平成25年 5 月 15 日 10 歳 小 4 学年

添付書類 1 医療費領収書(写) 5 枚
 2 診療明細書 枚
 3 医療報告書(「1」の書類がない場合。費用は自己負担)
 4 その他

お振込先金融機関 ○○ 銀行 信金 (数字3桁) 店
 ○○ 支店 請求者以外の口座でも問題ありません。
 口座名義(カタカナ) (例: 親、祖父母、兄弟等) 口座番号 タカナ

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者 氏名 神田 隆 年齢 55 歳 子ども会の役職 会長(ソフトボール監督等も可)

事故日 令和 5 年 8 月 7 日 (日) 時刻 10:30
 発生場所 ○○小学校 グラウンド
 行事名 ソフトボール練習
 天候 晴れ 参加者数 25 名

事故発生の状況 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ベース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にあたり、グキッと音がして捻ってしまった。アイシングをして様子を見たが、なかなか痛みが引かないので翌日病院に行った。レントゲン検査の結果、右足首の骨折と診断された。ギプスで患部を固定し、経過観察で現在入院中。

治療の経過及び状況
 (傷病部位) 傷病名 右足首骨折
 診療機関名1 ○○整形外科 診療期間 8 月 8 日 ~ 8 月 31 日
 治療の経過と状況 レントゲン検査の結果、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5回通院し8月31日に帰りました。
 診療機関名2
 治療の経過と状況
 ※3ヶ所以上の診療機関へかかった場合、3ヶ所目以降は

治療最終日から60日以内に請求をしてください。
 ※60日を過ぎる場合は遅延理由書を作成してください。

(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
 症状分類 打撲 骨折 捻挫 切り傷 突き指 脱臼 擦過傷
 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・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・アスレチック・サイクリング・スキー・スケート・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) 掛入金確認

往復途中の事故の場合、経路が分かるように記された地図に事故現場に印をつけたものを作成し、提出してください。
 ※請求者が作成してください。

市町村子連は該当の書類を添付して県子連に提出してください。
 ※○は県子連で記入するので空欄で提出してください。

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。
 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。
 (個人情報)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。

都道府県指定都市子連使用欄	受付日	請求完了日	担当者	令和5年1月改訂
---------------	-----	-------	-----	----------