

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

都道府県		単位子ども会	〇〇子ども会
指定都市子連		単位子ども会番号	〇〇〇
代表者			
全国子ども会安全共済会 【後遺障害】 ・この様式は死亡、後遺障害の共済金請求の際に使用してください。 (※記入内容は医療請求とほとんど同じです。) ・医師に後遺障害共済金支払い区分表(県子連HPを参照)の写しを提出し、等級判定と症状固定の判断を受けてください。 ・治療期間は医師から診断されてから3年間です。 ・医療共済金で先に請求した後、後遺障害の症状が確定した場合は、後遺障害共済金の請求が可能です。後遺障害共済金より先に支払われた医療共済金の金額分を差し引いた金額が支給されます。 ・後遺障害共済金を請求していたが、医療共済金の金額の方が高額になる場合は、医療共済金に切り替えることも可能です。 【死亡】 ・万が一、発生した場合は個別に対応いたします。		連絡協議会	
ご請求者	住所		月 15 日
	氏名		
	連絡先		性別 女
	被共済者との続柄		日 10 歳 小 5 学年
添付書類	① 死亡 ② 後遺		
お振込先金融機関	〇〇 〇〇 口座名義(カ)		(数字3桁)店

<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	〇〇子ども会 会長
事故日	令和 5 年 8 月 5 日 (土)	時刻	14:00	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	〇〇高原 キャンプ場				
行事名	〇〇子ども会 サマーキャンプ			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
天候	晴れ	参加者数	30 名		有 無
事故の原因と経過	事故発生状況	サマーキャンプで川遊びをしていて足を滑らせ川に流されてしまった。すぐに指導者が助けに行ったが、川に流されてしまったので救助に時間がかかった。30分後に引き上げて、人工呼吸等の救命措置を行ったが、蘇生はしなかった。すぐ救急病院に搬送した。			
	治療の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名	溺死		
		診療機関名1	〇〇病院	診療期間	8 月 5 日 ~ 8 月 5 日
		治療の経過と状況	救急車で病院に搬送されたが、心肺停止状態で蘇生処置を行うも死亡が確認された。		
		診療機関名2		診療期間	月 日 ~ 月 日
	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
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(溺死)
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・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・ボートボール・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・指定都市子連 確認欄(確認済は○)	行事計画書 名簿 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

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