

該当する方に○印を付けてください。

大阪府こども会

全国子ども会

### 安全共済会事故第一報報告書

( 傷害・疾病・死亡・後遺障害 )

被共済者番号  
No.

一般財団法人 大阪府こども会育成連合会 様  
公益社団法人 全国子ども会連合会 様

該当するものに○印を付けてください。

5 月末までに事故が起きた場合は空欄のまま構いません。

市町村こ連記入

単位こども会記入

報 告 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

都道府県・指定都市こ連 \_\_\_\_\_ (一財)大阪府こども会育成連合会

市 町 村 こ 連 \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_

報 告 者 名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_ ( )

### 事 故 内 容

日 時	年 月 日 ( )	時 刻	午前・午後	時 分	天 候
被 害 者	氏名	男・女	歳	学年 (幼・小・中・高・指・育)	
こども会名		単位こども会番号			
行 事 名					
発 生 場 所					
事故の状況 (原因・処置・経過・障害の状況など)					
<p><u>名簿・年間行事計画・入金日を確認の上</u>、できるだけ詳しい情報を記入し、事故発生から 30 日以内に府こ連へ F A X で報告してください。</p>					
摘要					
大阪府こども会安全共済会加入日 :		年	月	日	
全国子ども会安全共済会加入日 :		年	月	日	

<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、一般財団法人大阪府こども会育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) の利用を決定します。

加入日は市町村こ連で記入してください。

※5月31日までに加入された方は4月1日

6月1日以降に加入された方は着金日の翌日を記入

府 こ 連 受 付 年 月 日	_____ 年 月 日
府こ連担当者名	記入不要です
市町こ連担当者名	市町村こ連担当者が記入 (必須)