

※ボールペンで記入して下さい

被共済者番号 15

加入者名簿にある個人の番号を記入して下さい

<共済様式>請求-11

「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
 公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

所属市区町村子連名 文京区子ども会連合会
 都道府県・指定都市子連名 (一財)大阪府こども会育成連合会 代表者名 大塚 一郎 ㊞
 代表者名 理事長 石橋 寿恵夫 ㊞ 単位子ども会名 音羽子ども会

必ず記入して下さい 単位子ども会番号 0001

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	〒112-0013 文京区音羽1-1-1	ご請求日	20●●年 6月 10日	
	氏名	本郷 九郎 ㊞	被共済者	住所	〒112-0013 文京区音羽1-1-1
	連絡先	03 (9999) 0110		氏名	本郷 十子 男(女)
	被共済者との続柄	本人 <u>親権者</u>		生年月日	平成20年 8月 8日 10歳 5 学年
添付書類	① 医療費領収書(写) 20 枚 ② 診療明細書 ③ 医療報告書(費用は自己負担)	④ 個人情報取り扱いについての同意書 ④ その他(<u>柔道整復施術報告書・月間予定表</u>)			
お振込先金融機関	りそな (銀行) 信金・信組・農協・漁協・労金・()	ゆうちょ銀行 (数字3桁)店			
	大手 支店 普通預金以外の場合() 口座番号 0476033	フリガナ 普通預金以外の場合() 口座番号			
	フリガナ ザイオオサカフドモカイセイレノウカイアンセンカイジツョウインバシスエオ	フリガナ			
口座名義	一財団法人大阪府こども会育成連合会安全会 理事長 石橋寿恵夫	口座名義			

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者 氏名 護国寺 一子 男(女) 年齢 40 歳 子ども会の役職 会長

日付	20●●年 4月 20日 (土) 時刻 10:00	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
場所	音羽小学校グラウンド	所属子ども会として参加した人数を記	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
天候	晴れ	参加者数	15 名
事故の経緯	事故発生状況 (傷病部位) 傷病名 <u>右腕骨折</u> 診療機関名1 <u>文京整形外科</u> 診療期間(<u>4月20日~5月10日</u>) 治療の経過と状況 <u>脳波をとり、頭部に異常ないと確認。右腕はレントゲンの結果、骨折と診断。ギプスで患部を固定し、経過観察で10回通院した。</u> 診療機関名2 <u>たかはし接骨院</u> 診療期間(<u>5月10日~6月3日</u>) 治療の経過と状況 <u>患部のマッサージと電療法、温罨法の治療を行い6/3に治癒となった。通院は10回。</u>		

分かりやすく記入してください

治癒または終診している場合は文章を完結させてください。

事故状況	(事故状況) 傷害部位 <u>全身、頭部、顔部、頤部、肩部、上腕、前腕、手</u> 活動分類 症状分類 都道府県 指定都市子連 (確認済は〇)		
府こ連にて記入します。			
掛金人金確認			

必ず市町子連にて記入または押印してください

市区町村	受付日	担当者
------	-----	-----

都道府県	受付日	請求完了日	担当者
府こ連にて記入します。			

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、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、(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。