

《請求日》 20●●年5月20日

(一財)大阪府子ども会育成連合会 様

大阪府子ども会共済金請求書

市町村子ども会連合組織名 〇〇市子ども会育成連合会市町村子ども会連合組織会長名 高津 三郎市町村
連の印

〇〇〇〇年4月19日に発生した子ども会活動中の事故(傷病、後遺障害、死亡)について、
大阪府子ども会安全共済会規程に基づき関係書類を添えて請求します。

ご 請 求 者	ふりがな	おおさか いちろう		被共済者 との続柄	本人・親権者・ その他()
	氏 名	大阪 一郎	印		
	住 所	〒〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇市△△町1-2-3		連絡先	△△(××××) 〇〇〇
被 共 済 者	単位子ども会名	東 高 津 こ ど も 会			
	ふりがな	おおさか たろう		生年月日	〇〇〇〇 年〇月〇〇日
	氏 名	大阪 太郎			
	住 所	〒	同 上	年 齢	〇〇 歳
		性 別		男 ・ 女	
連絡先	同 上 ()		学 年	小3 年	

添付書類

①	当会の定める事故報告書	5	診断書(後遺障害時)
②	当会の定める証明書	6	死亡診断書又は死体検案書(死亡時)
③	医療機関に対する同意書	7	被共済者の戸籍謄本(死亡時)
④	その他書類(お知らせ案内文)	8	同意書(死亡時)

※できれば「ゆうちょ銀行」をお願いします

振
込
先

ゆうちょ銀行

ゆうちょ銀行 〇〇〇(数字3桁) 店口座番号 1234567

ゆうちょ銀行

以外の金融機関

銀行・信用金庫・信用組合

支店 普通預金

口座番号

フリガナ

オオサカ イチロウ

口座名義

大阪 一郎

委
任
状

氏 名

所在地

私は、上記の者を代理人と定め、大阪府子ども会安全共済会の共済金受領に関する件の権限を委任します。

年 月 日

被共済者(本人または保護者等)住所

被共済者(本人または保護者等)氏名

印

本人または保護者等

市町村連記入欄

本人または保護者等

※共済金の受取を第三者
に委任する場合のみ記入