

※ボールペンで記入して下さい

加入者名簿にある個人の番号
を記入して下さい

被共済者番号 15

<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

印

代表者名 理事長 石橋 寿恵夫 印

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。

請求者	住所	〒112-0013 文京区音羽1-1-1		ご請求日	平成 29 年 6 月 10 日	
	氏名	本郷 九郎 印		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(親権者)			生年月日	平成18年 8 月 8 日 10 歳 5 学年
その他()						
添付書類	①	医療費領収書(写) 20 枚 診療明細書 _____ 枚		②	個人情報の取扱いについての同意書	
	3	医療報告書(費用は自己負担)		④	その他(柔道整復施術報告書・月間予定表)	
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		普通預金以外の場合() 口座番号 _____		
	フリガナ ザイオサカコドモカイセイレングウカイアンゼンカイリジョウインハンスエ	フリガナ _____		フリガナ _____		
口座名義 一般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 _____		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	平成 29 年 4 月 23 日 (日)	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 その他()
場所	音羽小学校グラウンド			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 有 無
行事名	ソフトボール練習				
天候	晴れ	参加者数	15 名		

事故状況の経緯	事故発生状況	分かりやすく記入してください			
	治療の経過及び状況	(傷病部位)傷病名	右腕骨折		
		診療機関名1	文京整形外科	診療期間(4 月 24 日 ~ 5 月 10 日)	
		治療の経過と状況	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。		
		診療機関名2	たかはし接骨院	診療期間(5 月 10 日 ~ 6 月 3 日)	
因過	治療の経過と状況	患部のマッサージと電療法、温電法の治療を行い6/3に治癒となった。通院は10回。			
※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)					
傷害部位	全身、頭部、顔部、頸部、肩部、上腕、前腕、手				
活動分類	_____				
症状分類	_____				
都道府県	_____				
指定都市子連	_____				
(確認済は○)	名簿	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。

市町村	必ず市町子連にて 記入または押印してください			
	都道府県	受付日	請求完了日	担当者
府に連にて記入します。				