

必要な場合は記入してください

被共済者番号  
No.

### 全国子ども会安全共済会事故第一報報告書

(死亡・後遺障害・医療)

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中  
(都道府県子連・指定都市子連へ提出)

都道府県・指定都市子連受付印	
担当者	

報告年月日 20××年4月26日

市区町村子連 文京区子ども会連合会

地区・学区

代表者名 文京 二郎

報告者名 岩堀 哲夫

連絡先 03-1234-9999

### 事故内容

日付	20××年4月22日(土)	時刻	10:00	天候	晴
被害者氏名	杉浦 四郎 (男) 女	年齢	10歳5	学年	(幼) 小 (中・高・育・指)
子ども会名	大塚子ども会	子ども会番号	130550001		
行事名	ソフトボール練習				
発生場所	大塚小学校グラウンド				
<p>事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)</p> <p>ソフトボールの試合形式の練習中、ヒットを打ってファーストからセカンドベースに滑り込んだ。その際に右足がセカンドベースにあたり、ぐきっと音がして捻ってしまった。痛みがなかなかひかないので翌日病院の行った。</p> <p>レントゲンの結果、右足首の骨折と診断された。ギプスで患部を固定し、経過観察で現在通院中。</p> <p style="border: 1px dashed red; padding: 5px; display: inline-block;">わかりやすくご記入願います。</p>					
KYTの実施状況	毎年4月に、安全啓発講習会を実施している。当日も、事前に「KYT」を実施した。				
都道府県指定都市子連確認欄	安全共済会加入確認				
	共済掛金入金確認				

<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。

※ボールペンで記入して下さい

必要な場合は記入して下さい 被共済者番号

<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 特定非営利活動法人東京都子ども会連合会 代表者名 文京 二郎 (印)  
代表者名 全国 一郎 (印) 単位子ども会名 大塚子ども会  
単位子ども会番号 130550001

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	〒112-0012 東京都文京区大塚3-3-3	ご請求日	20××年 6月 10日	
	氏名	杉浦 隆 (印)	被共済者	住所	〒112-0012 東京都文京区大塚3-3-3
	連絡先	03(1234)7777		氏名	杉浦 四郎 (男) 女
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他( )		生年月日	20××年 1月 1日 10歳 5 学年
添付書類	① 医療費領収書(写) 18 枚 ② 診療明細書 枚 3 医療報告書(費用は自己負担)	② 個人情報取扱いの同意書		4 その他( )	
お振込先金融機関	銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・( )	ゆうちょ銀行	〇三八 (数字3桁)店		
	支店 普通預金以外の場合( ) 口座番号	フリガナ	口座番号 1234567		
	フリガナ	フリガナ	スギウラタカシ		
	口座名義	口座名義	杉浦 隆		

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者 氏名	大塚 三郎 (男) 女	年齢	64 歳	子ども会の役職	単位子ども会会長
日付	20××年 4月 22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	大塚小学校グラウンド				
行事名	ソフトボール練習		参加者数	15 名	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				
事故状況	ソフトボールの試合形式の練習中、ヒットを打ってファーストからセカンドベースに滑り込んだ。その際に右足がセカンドベースにあたり、ぐきっと音がして捻ってしまった。痛みがなかなかひかないので翌日病院の行った。				
原因	(傷病部位)傷病名 右足首骨折				
経過	診療機関名1 大塚整形外科病院 診療期間( 4月 23日 ~ 5月 10日)				
経過	レントゲンの結果、右足首の骨折と診断された。ギプスで患部を固定し、経過観察で10回通院した。				
経過	診療機関名2 高橋整骨院 診療期間( 5月 10日 ~ 5月 25日)				
経過	整形外科での治療のあと、少しいたみがあったのでリハビリも兼ねて、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				
経過	※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				
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・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・サッカー・ポートボール・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				
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( )				
都道府県子連・指定都市子連 確認欄 (確認済は○)	行事計画書	往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合)			
	名簿	掛金入金確認			
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。				

市区町村子連 受付日 担当者  
市区町村子連にて記入してください

都道府県指定都市子連 受付日 請求完了日 担当者

2018.10.1 改訂

## 個人情報 の 取扱い について の 同意書

大塚整形外科病院 御中

高橋整骨院 御中

御中

私は、20××年 4 月 22 日 発生の事故における被共済者の傷病について、公益社団法人 全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行なうことに同意します。

### 記

- 被共済者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について説明を受けること。
- 以下の資料の交付・貸し出し(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行なうこと。
  - 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
  - レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日 20××年 6 月 10 日

記入もれのないよう、お願いします

・ 住所 東京都文京区大塚3-3-3

怪我(病気)をされた方がお子様の場合は、親権者(お父様・お母様等)のお名前を記入願います

・ 氏名 杉浦 隆 印

患者(被共済者)様との関係[本人・配偶者 親権者・法定相続人・その他( )]

(注)同意された方が患者(被共済者)様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者(被共済者)様の

住所 東京都文京区大塚3-3-3

氏名 杉浦 四郎

生年月日 20××年 1 月 1 日生

<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。