

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 2 0 年 月 日
 市 区 町 村 子 連 _____
 地 区 ・ 学 区 _____
 代 表 者 名 _____
 報 告 者 名 _____
 連 絡 先 () - _____

事 故 内 容

日 付	2 0 年 月 日 ()	時 刻		天 候
被 害 者 氏名	男・女	歳	学年 (幼・小・中・高・育・指)	
子 ども 会 名	子ども会番号			
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)				
KYTの実施状況				
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。

「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

都道府県・指定都市子連名 _____	所属市区町村子連名 _____
代表者名 _____ (印)	代表者名 _____ (印)
	単位子ども会名 _____
	単位子ども会番号 _____

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	〒 _____		ご請求日	20 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
	氏名	_____ (印)		被共済者	住所	〒 _____
	連絡先	() - _____			氏名	_____ 男・女
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他()			生年月日	____ 年 ____ 月 ____ 日 歳 学年
添付書類	1	医療費領収書(写) _____ 枚		2	個人情報への取扱いについての同意書	
		診療明細書 _____ 枚		3	医療報告書(費用は自己負担)	
	3	医療報告書(費用は自己負担)		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 _____ (数字3桁)店		
	支店 _____ 口座番号 _____			普通預金以外の場合() 口座番号 _____		
	フリガナ _____			フリガナ _____		
	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	_____ 男・女	年齢	____ 歳	子ども会の役職	_____
日付	20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 () 時刻 _____		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	_____	
場所	_____		学校行事の代休	開校記念日 _____	
行事名	_____		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	有 無
天候	_____	参加者数	____ 名	_____	
事故の経緯	事故発生状況	_____			
	治療の経過及び状況	(傷病部位)傷病名	_____		
		診療機関名1	_____	診療期間	(____ 月 ____ 日 ~ ____ 月 ____ 日)
診療機関名2	_____	診療期間	(____ 月 ____ 日 ~ ____ 月 ____ 日)		
因過	※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 _____
 都道府県指定都市子連 受付日 _____ 請求完了日 _____ 担当者 _____

個人情報の取扱いについての同意書

御中

御中

御中

私は、20 年 月 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

1. 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。
2. 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。
 - (1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - (2) レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日 20 年 月 日

・ 住 所 _____

・ 氏 名 _____ (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 _____

氏 名 _____

生年月日 20 年 月 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。

2018.10.1改訂

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

医療報告書

氏名	男・女			生年月日	年 月 日		
住所							
傷病名	(1)						
	(2)						
	(3)						
診療期間と報酬点数	初診日	20	年	月	日	合計点数	
	治癒日	20	年	月	日		
	通院			入院			
	月	日間	点	月	日間		点
	月	日間	点	月	日間		点
	月	日間	点	月	日間		点
	月	日間	点	月	日間		点
	月	日間	点	月	日間		点
月	日間	点	月	日間	点		
月	日間	点	月	日間	点		

医療機関	上記のとおり相違ありません。				
	20	年	月	日	
	医療機関		住所		
	病医院名				
	(医師名)		Ⓔ		
TEL		()			

この医療報告書は、保険医療により診察を受けた内容を医療機関にて記入するものです。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の医療共済金請求に使用します。

※保険医療点数が記載された医療費領収書又は診療明細書がある場合は不要です。

<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。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

柔道整復施術報告書

被施術者 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

受傷日 20 年 月 日

施術期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

施術日数 _____ 日

施術部位 _____

負傷名 _____

保険分(10割の金額を記入願います)

<初検料・再検料等>	初検料	円
	初検時相談支援料	円
	再検料	円
<施術情報提供料>		円
<往療料>		円
<施術料等>	整復・固定施療料	円
	後療料	円
	温罨法料	円
	冷罨法料	円
	電療料	円
計		円

20 年 月 日

住所 _____

施術所名 _____

氏名 _____



電話 _____

<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。

子ども会賠償責任保険事故報告《第一報》

報告日： 20 年 月 日

対人・対物
(いずれか○)

主催者 (事故の責任が求められる子ども会)	団体名	
	代表者名	
	住所	
	担当者	
	連絡先	
(共催者があれば共催者名)		

次のとおり事故報告します。

事故日時	20 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
事故場所	

<事故を起こされた方>

加害者 (甲)	所属子ども会名	主催子ども会と同じ	共催子ども会と同じ
	住所		
	氏名	男・女	才(他名) TEL
	他の賠償責任保険加入有無	有/無	保険名称 個人賠償(たんぼぼを含む) (その他()) 会社名

<ケガをされた方・損害を被った方(被害者)(学校等の場合は学校名及び校長名)>

被害者 (乙)	住所	
	氏名	男・女 才 TEL

<事故の状況>

事故発生状況	事故の発生原因・状況・結果など右欄に詳しく記入して下さい。 ①甲と乙は、事故のとき、何をしていましたか。 ②事故の原因は何ですか。 ③甲は乙に対してどのような損害を与えて賠償責任を負うに至ったのですか。 ④事故の後、どのような措置をとりましたか。		<行事名:>	
	事故の状況図・見取り図			
被害損害状況	対物	◎修理見積金額： 円	対人	
		◎修理者名・連絡先：		
	◎修理不可能な場合：破損物の購入年月、及び購入額＝ 年 月 円			◎ケガの部位：
				◎治療状況：入院 通院 手術
		◎病院名・連絡先：		

個人情報、子ども会賠償責任保険の引受の審査及び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、業務委託先、保険金の請求・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、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/都道府県(指定都市)子連 等記入欄

市区町村子連名	
(校区・学区がある場合) 校区・学区名	
県(指定都市)子連名	
担当者名	

全子連処理欄

全子連管理No.	受付印
—	