

被共済者番号 必要な場合は記入してください。

<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

市子連印

被共済者が未成年の場合は、親権者がこの欄にご記入ください。
成人の場合は、請求者本人が記入し、被共済者欄には生年月日・年齢・性別を記入してください。

所属市区町村子連名 △△市子ども会連絡協議会
代表者名 市子連の代表者名 (印)
単位子ども会名 △△子ども会
単位子ども会番号 必要な場合は記入して下さい。

被共済者が未成年の場合に記入してください。
請求書兼事故証明書を請求します。

請求者	住所	〒0000-0000 〇〇市〇〇町〇〇番地	ご請求日	2019年 5月 20日
	氏名	愛知 太郎 (印)	住所	同左
	連絡先	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	氏名	愛知 小次郎 (男) 女
被共済者	本人(親権者)との続柄	その他()	生年月日	〇〇年〇月〇日 〇歳 〇
添付書類	① 医療費領収書(写) 1枚 ② 診療明細書 4枚 ③ 医療報告書(費用は自己負担) 1枚	② 個人情報の取扱いについての同意書 その他()		
お振込先金融機関	ABC (銀行・信金・信組・農協・漁協・労働金庫) (数字3桁)店 △△支店 普通預金以外の場合() 口座番号 1234567 の場合() 口座番号 _____ フリガナ アイチ タロウ フリガナ _____ 口座名義 愛知 太郎			

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	育成 花子 男(女)	年齢	40 歳	子ども会の役職	単位子ども会会長
-------	------------	----	------	---------	----------

日付	2019年 4月 20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 其他()
場所	〇〇小学校 運動場				
行事名	ドッジボール練習				有 無
天候	晴	参加者数	15 名		
事故の経緯	事故発生状況 試合中、相手チームが投げたボールを取り損ねて左手中指を負傷。痛みがひどく腫れてきたため、患部を冷やして様子を見る。 事故が起きた原因、状況をわ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 (左手中指) 骨折 診療機関名1 △△市立大学病院 診療期間 4月20日 ~ 4月20日 治療の経過と状況 痛みが治まらないため、その日のうちに緊急外来を受診。レントゲンを撮り、骨折と診断された。シップと痛み止めを処方してもらった。 診療機関名2 ◎◎整形外科 診療期間 4月21日 ~ 5月18日 治療の経過と状況 翌日、◎◎整形外科で診察を受け、4週間ギプス固定。5/18に治癒となった。				
因過	※3ヶ所以上の診療機関へが 治療内容を詳しく記入してください。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・マラソン・相撲・アスレチック・運動会・キャンプ・ハイキング・社会奉仕活動・集団活動・研修会				
症状分類	打撲(骨折)・捻挫・切り傷・突き指・脱臼・擦過傷・火傷・関節炎・火傷・視力・其他()				
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)	掛入金確認		

<個人情報取り扱いについて> 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...
 市子連 受付日 | 担当者
 市区町村 市町村子連で記入してください。
 都道府県子連 受付日

県子連で確認を行いますので、空欄で提出してください。