

- ①事故等が発生したら、この<共済様式>請求-01をお住まいの市町村子連に提出してください。
- ②市町村子連は県子連にFAXで提出してください。

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

(傷害・疾病・死亡・後遺障害)

必要な場合は記入してください。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

報 告 年 月 日      年      月      日

都道府県・指定都市子連名 愛知県子ども会連絡協議会

市 区 町 村 子 連 名 〇〇市子ども会連絡協議会

代 表 者 名 愛知 太郎

報 告 者 名 必要に応じて記入してください

連 絡 先 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

市町村子連の代表者のお名前をご記入ください。

### 事 故 内 容

日 付	H28 年 4 月 20 日 ( 水 )		時 刻	14:00	天 候	晴
被 害 者	氏名 <u>尾張 一平</u> (男・女) <u>10</u> 歳 <u>5</u> 学年 (幼・小・中・高・育・指)					
子 ども 会 名	<u>〇〇子ども会</u>	子ども会番号	必要な場合は記入してください			
行 事 名	<u>ドッジボール大会</u>					
発 生 場 所	<u>〇〇小学校体育館</u>					
事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)						
<p>記入例：試合中、相手チームの投げたボールを捕り損ねて左手を負傷。腫れて痛みが治まらないため、病院を受診。</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">※わかりやすく記入してください。</p>						
KYTの実施状況	<u>当日開始前に、事故防止の指導をした。</u>					
摘要						
全国子ども会安全共済会加入日： <u>平成 28 年 4 月 1 日</u>						

<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。

都道府県・指定都市子連受付年月日	平 成 年 月 日	全 子 連	平 成 年 月 日
担 当 者		担 当 者	

県子連が記入します。