

被共済金 請求書兼事故証明書

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、ご本人様が記入し、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

代表者名 育成 三郎 印

単位子ども会名 ○○子ども会

子ども会番号 必要場合は記入してください。

被共済者が未成年の場合に記入してください。

必ず記入してください。

全国子

請求者住所: 〒0000-0000 ○○市○○町○○番地
氏名: 尾張 太郎 印
連絡先: ○○○ (○○○) ○○○○
被共済者: 本人(親権者) 尾張 一平 (男)女
ご請求日: 平成 27 年 5 月 20 日
住所: 同左
添付書類: ① 医療費領収書(写) 1枚, ② 個人情報の取扱いについての同意書, ③ 診療明細書 4枚, ④ 医療報告書(費用は自己負担)
お振込先金融機関: 三菱東京UFJ 銀行(信金・信組・農協・漁協・労金) 支店 口座番号 1234567, ゆうちょ銀行 (数字3桁)店 口座番号

必ず枚数を記入してください。

空欄がないようにすべて記入してください。

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名 三河 花子 男(女) 年齢 40 歳 子ども会の役職 会長

日付: 平成 28 年 4 月 20 日 時刻 14:00
場所: ○○小学校体育館
行事名: ドッジボール大会
天候: 晴 参加者数: 20 名
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。
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 △△病院 診療期間(4 月 20 日 ~ 4 月 20 日)
診療機関名2 ◎◎外科病院 診療期間(4 月 21 日 ~ 5 月 19 日)

治療内容はなるべく詳しく記入してください。

(事故状況)

傷害部位: 全身・頭部・顔部・頸部・肩部・上腕・前腕・手首
活動分類: スポーツ(ドッジボール・ソフトボール・野球・フットベースボール・キックベースボール・マラソン・相撲・アスレチック・サイクリング)
症状分類: 打撲・骨折・捻挫・切り傷・突き指・脱臼・擦過傷・歯損・閃光・火傷・視力・その他
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 その他(チラシ・プログラム等)

往復途中の事故の場合、簡単な手書きの地図で結構ですので提出してください。(自宅～活動場所の地図を描き、事故現場に印をつける)

<個人情報 本共済契約に関する個人情報は、公衆の知るところとなり、また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の取り扱いについて>

県子連で確認を行いますので、空欄で提出してください。

市区町村子連 受付日 担当者
都道府県子連 市区町村子連

市町村子連で記入してください。