

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中 所属の市区町村等子連に提出願います。

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)

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

提出日現在の内容で記入願います。
地区・学区、単位子ども会番号は必要に応じて記入してください。

(提出日) 令和 〇 年 8 月 9 日

都道府県・指定都市 子連受付日	
--------------------	--

市区町村等子連	文京市子ども会育成連絡協議会
代 表 者	本郷 次郎
担 当 者	共済 花子
連絡先電話番号	0XX1-23-4560

事 故 内 容							
報 告 者	音羽 達也	被共済者 との関係	親権者	連絡先 電話番号	0XX1-23-1313		
事 故 日	令和 〇 年 8 月 7 日 (日)	時刻	10:30	天候	晴れ		
学 区 ・ 地 区	大塚地区						
単 位 子 ど も 会	大塚子ども会	単位子ども会番号	000-001-001				
被 共 済 者	音羽 翔太	男・女	10 歳	小学4	学年		
行 事 名	ソフトボール練習						
発 生 場 所	文京第一小学校 グラウンド						
事故の状況（原因・処置・経過・傷害・疾病の状況） 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ベースからセカンドベースにすべりこんだ。 その際に、右足がセカンドベースにあたり、グキッと音がして捻ってしまった。 アイシングをして様子をみたが、なかなか痛みがひかないので翌日病院に行った。 レントゲン検査の結果、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。 どのような状況で事故が発生したかできるだけ詳細に記入願います。							
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	加入者 名簿確認		共済掛金 入金確認		行事確認		請求書 受付確認

＜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

都道府県 指定都市子連	所属の都道府県・指定都市子連にて記入押印します。	事故証明印
代表者		

単位子ども会	大塚子ども会
単位子ども会番号	000-001-001

市区町村等子連	文京市子ども会育成連絡協議会
---------	----------------

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	〒 000 子ども県文京市大塚町1-10		ご請求日	令和 〇 年 9 月 15 日	
	氏名	音羽 達也		被共済者住所	〇 請求者住所に同じ	
	連絡先	0XX1 - 23 - 1313		被共済者氏名	音羽 翔太	性別 男
	被共済者との続柄	本人 親権者・その他()		被共済者生年月日	平成25 年 5 月 15 日 10 歳 小4 学年	

添付書類	① 医療費領収書(写)	5 枚	3 医療報告書(5枚以上を提出する場合、費用は自己負担)
	② 診療明細書	枚	
お振込先金融機関	文京 銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・()	口座番号 1234567	被共済者が18歳未満の場合は親権者が請求者になります。 被共済者が18歳以上の場合は請求者は被共済者となります。
	大塚 支店 普通預金以外の場合()		
口座名義(カタカナ) オトワツツヤ		口座名義(カタカナ)	

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	神田 隆	年齢	55 歳	子ども会の役職	大塚子ども会 会長
-------	------	----	------	---------	-----------

事故日	令和 〇 年 8 月 7 日 (日)	時刻	10:30	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	
発生場所	文京第一小学校 グラウンド			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
行事名	ソフトボール練習					
天候	晴れ	参加者数	25 名			

事故の状況	事故発生状況	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ベースからセカンドベースにすべりこんだ。その際に、右足がセカンドベースにあたり、グキッと音がして捻ってしまった。アイシングをして様子を見たが、なかなか痛みがひかないので翌日病院に行った。				
	治療の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名	右足首骨折	通院開始日	通院終了日	
		診療機関名1	大塚整形外科	診療期間	8 月 8 日 ~ 8 月 31 日	
		治療の経過と状況	レントゲン検査の結果、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5回通院し8月31日に完治した。			
	診療機関名2		どのような状況で事故が発生したのかできるだけ詳細に記入願います。	月 日		
※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	
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()	
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・サッカー・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・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	
都道府県・指定都市子連 確認欄(確認済は〇)	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。

市区町村等子連 使用欄	受付日	担当者	都道府県 指定都市子連 使用欄	受付日	請求完了日	担当者	令和5年1月 改訂
----------------	-----	-----	-----------------------	-----	-------	-----	--------------

所属の市区町村等子連に提出願います。

個人情報の取扱いについての同意書

大塚整形外科

御中

御中

御中

事故日を記入してください。

私は、令和 ○ 年 8 月 7 日発生 of 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」は本用紙を記入した日付を記入してください。

・ 同意日 令和 ○ 年 9 月 15 日

・ 住 所 子ども県文京市大塚町1-10

ケガ(病気)をされた方が18歳未満の場合は、親権者のお名前を記入してください。

・ 氏 名 音羽 達也

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

病院等への照会する場合に必要な書類ですので、自署の場合でも必ず押印願います。

患者（被共済者）様の

住 所 子ども県文京市大塚町1-10

氏 名 音羽 翔太

生年月日 (昭和・平成・令和) 25 年 5 月 15 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。

令和5年1月改訂

「北海道子ども会見舞金制度」申請書

一般社団法人北海道子ども会育成連合会 御中

申請者 (市町村子連)	文京市子ども会育成連絡協議会
代表者	本郷 次郎
担当者	△山 ○雄
連絡先	社会教育係
TEL : 011-001-0001	

関係書類を添えて申請します。

被害者氏名	音羽 翔太	学年 年齢	小4 10歳	子ども会名	大塚子ども会	
保護者氏名 (見舞金受取人)	音羽 達也	続柄	父親	備考 (子ども会番号)	1	
事故日	8月7日	診断名	右足首骨折			
行事名	ソフトボール練習					
添付書類 (チェックシート)	1	共済金請求書	4	医療費領収書(写)・集約書	7	加入名簿
	2	診療明細書(写)	5	個人情報の同意書(必)	8	その他の報告書
	3	行事計画書	6	月間計画書または開催要項・回覧板等行事名と日付が明記されているもの		
振込金融機関	銀行 〇〇 支店 口座番号(普) 1234567					
	(※ゆうちょ銀行の場合) 記号 番号					
フリガナ オトワ タツヤ						
口座名義 音羽 達也						
道子連見舞金						
内 訳						
保険医療点数(10割) (保険医療総額)	給付金額(2割) ※給付金額は記入しないで下さい		備考			
5,329 点	円		加入日: 年 月 日			
点数×10円(円)						

整理番号:	事務処理日:
-------	--------

診療点数集約書

被共済者ご本人が記入して下さい。

氏 名	音羽 翔太		男(女)	生年月日	H25年5月15日	年齢	10歳
住 所	文京市大塚町1-10						
傷病名	(1)	右足首骨折					
	(2)						
	(3)						
診療期間と報酬点数	初診日	○ 年 8 月 8 日(土)		領収書	5	枚数	合計点数
	治癒日	○ 年 8 月 31日(水)					
	通 院(薬局分含)		入 院				
	8 月	4 日間 5,329 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	5,329 点		

医療機関名	領収書を見て転記して下さい。		
	病院名	大塚整形外科	
	医療機関 住 所	〇〇市〇〇123	
	TEL	(011) 123-1234	

医療機関名	領収書を見て転記して下さい。		
	病院名		
	医療機関 住 所		
	TEL	()	

※医療費領収書を集計して転記し、医療費領収書と診療明細書の写しを添付して下さい。

(添付された領収書の点数を基に見舞金の金額が決まります。)