

○ はメニューから選択してください。

被共済者番号 No.	無記入!
---------------	------

に直接入力してください。

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)

報 告 年 月 日 年 月 日

都道府県・指定都市子連名 無記入!

市 区 町 村 子 連 名 岐阜市子ども会育成連合会

市区町村子連代表者名 無記入!

地 域 名 地域
(役職名)

報 告 者 名

連 絡 先 (携 帯) - -

都道府県・指定都市子連受付日	
担当者	無記入

事 故 内 容

日 付	年 月 日 () 時 刻	天 候
被 害 者 氏 名	性 別 歳 学 年 種 別	
子 ども 会 名	子ども会 子ども会番号	21201 -
行 事 名	年間行事計画書と同じになるように記載してください	
発 生 場 所	下4桁を記載してくだ	
事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)		
<p>具体的に体のどの部位がどのようになったのかを忘れずにご記入ください。</p> <p>例1: 指を切った。 → 右手薬指の第一関節付近に1センチ程度の切り傷を負った。</p> <p>例2: ステージから落ちてお尻を強打した。 → ステージを階段で降りるときに、不注意で足を踏み外し、右手の平で体を支えようと階段のふちを持つようとして、体重が右手首付近にかかるとともに、支えきれずに左腰付近を階段で強打した。</p>		
KYTの実施状況		
都道府県 指定都市子連 確認欄	安 「事前に5分間KYTをやり注意喚起を促した。」等のように記載して	
	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。