

被共済者番号

<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
公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

都道府県・指定都市子連名

所属市区町村等子連名 岐阜市子ども会育成連合会

単位子ども会名

代表者名

単位子ども番号 21201-

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。

下4桁のみ

←の必要な部分にのみ直接入力

←プルダウンメニューより選択!!

ご請求者	住所	〒	ご請求日	年	月	日
	氏名	被共済者	住所	怪我等をされた本人の情報		
	連絡先	氏名	生年月日	年	月	日
添付書類	1 医療費領収書(写)	2 診療明細書	個人情報の取扱いについての同意書			
	3 医療報告書(費用は自己負担)	4 その他				
お振込先金融機関	支店	口座番号	ゆうちょ銀行	(数字3桁)店		
	フリガナ	口座名義	普通預金以外の場合	口座番号		

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	年齢	歳	子ども会の役職	24時制で。
日付	年	月	日	時刻
場所	み以外の日、休日となつた理由			
行事名	参加者数	名	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
事故発生	全体の参加者概数。(約 〇〇 名で結構です。)			
事故の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名			
	診療機関名1	診療期間		(月 日)~(月 日)
	診療機関名2	診療期間		(月 日)~(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。			
傷害部位	その他 ()			
活動分類	選択する部分を大幅に増やしました。ご利用ください。			
症状分類	その他 ()			
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)		
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	受付日	担当者
村子連		

都道府県	受付日	請求完了日	担当者
指定都市			
子連			

2020.10
改訂