

公益社団法人全国子ども会連合会 御中

記入例

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)

FAXは休日でもOK

市区町村等子連  
受付日

(提出日) 令和 5 年 4 月 23 日

都道府県・指定都市  
子連受付日

市区町村等子連	岐阜市子ども会育成連合会
代 表 者	ここは市子連事務局で記入
担 当 者	
連絡先電話番号	058 - 214 - 2240

報告書を作成された方

育成者、保護者  
安全対策部長など

事 故 内 容							
報 告 者	被共済者 との関係	連絡先 電話番号	-				
事 故 日	令和 5 年 4 月 22 日 ( 土 )	時刻	13時頃	天候	下4桁		
地 域 名	地 域						
単位子ども会名	怪我をされた方	子ども会	単位子ども会番号	21201			
被 共 済 者	岐阜太郎	男・女	10 歳	5	学年		
行 事 名	ブロックフェスティバルの準備						
発 生 場 所	〇〇小学校体育館のステージ階段						
事故の状況（原因・処置・経過・傷害・疾病の状況） 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。さらに、どのような対応をされたのかということまでお願いします。  例：ステージの階段を降りるときに不注意で足を踏み外し、右掌で体を支えようと階段のふちを持ち どうとしたが、体重が右手首付近にかかるとともに体を支えきれずに左腰付近を階段で強 打した。冷やしても腫れており痛みがひかないので病院に連れて行った。							
KYTの実施状況	当日開始前に5分間KYTを行い、注意喚起をした。						
都道府県・指定都市 子連確認欄	加入者 名簿確認	無 記 入					

<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