

全国子ども会安全共済会 <死亡・後遺障害共済金> 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。

請求者	住所	〒 000 - 1112 子ども会文京市小石川1-1		ご請求日	令和 〇 年 9 月 15 日	
	氏名	湯島 実	被共済者	住所	〇 請求者住所に同じ	
	連絡先	0XX3 - 23 - 3333	氏名	湯島 小梅	性別	女
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他()	生年月日	平成25年 1 月 25 日 10 歳 小 5 学年		

添付書類	① 死亡診断書又は死体検案書	③ 個人情報の取扱いについての同意書
	2 後遺障害診断書	④ 被共済者の戸籍謄本(死亡時)

お振込先金融機関	文京 銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・() 大塚 支店 普通預金以外の場合() □座番号 0123456 □座名義(カタカナ) ユシマ ミノル	〇〇〇〇銀行 (数字3桁) 店
----------	---	-----------------

請求者は代表相続人になります。
請求者が自署している場合は押印は不要です。

<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 5 日 (土)	時刻	14:00	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	〇〇高原 キャンプ場			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
行事名	大塚子ども会 サマーキャンプ				
天候	晴れ	参加者数	30 名		

事故の発生状況	サマーキャンプで川遊びをしていて足を滑らせ川に流されてしまった。すぐに指導者が助けに行ったが、川に流されてしまったので救助に時間がかかった。30分後に引きあげて、人工呼吸等の救命措置を行ったが、蘇生はしなかった。すぐに救急病院に搬送した。				
	治療の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名	溺死	診療期間	8 月 5 日 ~ 8 月 5 日
		診療機関名1	奥多摩市市民病院		
		治療の経過と状況	救急車で病院に搬送されたが、心肺停止状態で蘇生処置を行うも死亡が確認された。		

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。

※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(溺死)
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 名簿 往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合) 掛入金確認

<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
------------	-----	-----	---------------	-----	-------	-----	----------