

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)

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

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

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	OXX1-23-4560

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	OXX1-23-1313	
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	住所	〇 請求者住所に同じ
連絡先	0XX1 - 23 - 1313	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()	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 2 診療明細書 枚 3 医療報告書() 4 その他	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。	
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() 口座番号 1234567 口座名義(カタカナ) オトワツツヤ	店	

<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	行事名	ソフトボール練習	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
天候	晴れ	参加者数	25 名		
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		月	日	
	治療の経過と状況	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()
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・ポードボール・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

- 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。
- 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。
 - 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - 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（ ）]

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。

(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

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。

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。

本報告書は治療した医療機関に記入してもらってください。

医療報告書

氏名	音羽 翔太	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 25 年 5 月 15 日
受傷発症日	令和 〇 年 8 月 7 日			
傷病名	(1) 右足首骨折			
	診断書の文書料はご請求者様の負担になります。			
	(2)			
診療期間と報酬点数	初診日	令和 〇 年 8 月 8 日	合計点数	
	治癒日	令和 〇 年 8 月 31 日		
	通院		入院	
	8 月	5 日間 2,580 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
選定療養費（初診及び時間外診療分）		円	食事療養費	円

医療機関	上記のとおり相違ありません。			
	令和 〇 年 9 月 2 日			
	医療機関	住所	子ども県文京市大塚町2-5	
		病医院名	大塚整形外科	
		医師名	四谷 浩司 ㊞	
	T E L	OXX1 (23) 4545		

この医療報告書は、保険医療により診察を受けた内容を医療機関にて記入するものです。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の医療共済金請求に使用します。

※保険医療点数が記載された医療費領収書又は診療明細書がある場合は不要です。

<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。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

本報告書は治療した医療機関に記入してもらってください。

所属の市区町村等子連に提出願います。

柔道整復施術報告書

被施術者 音羽 翔太 生年月日 (昭和)平成(令和) 25 年 5 月 15 日

受傷日 令和 0 年 8 月 7 日

施術期間 令和 0 年 8 月 8 日 ~ 令和 0 年 8 月 31 日

施術日数 10 日

診断書の文書料はご請求者様の負担になります。

施術部位 右足首

負傷名 右足首捻挫

保険分（10割の金額を記入願います）

<初検料・再検料等>	初検料	1,460 円
	初検時相談支援料	50 円
	再検料	320 円
<施術情報提供料>		円
<往療料>		円
<施術料等>	修復・固定施療料	1,520 円
	後療料	7,070 円
	温電法料	1,050 円
	冷電法料	円
	電療料	420 円
計		11,890 円

令和 0 年 9 月 2 日

住 所 子ども県文京市大塚町3-3

施 術 所 名 大塚接骨院

氏 名 目白 哲夫 ⑩

電 話 0XX1-23-5555

<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。

所属の市区町村等子連に提出願います。

本診断書は治療した医療機関に記入してもらってください。

後遺障害診断書

患者 (被共済者)	氏名	品川 五郎	男・女	昭和 平成
			令和	25 年 2 月 3 日生
受傷の日時	令和 〇 年 8 月 5 日 土曜日	午前・午後	2	時頃

傷病名、治療および後遺症の状況

傷病名

右肘関節の機能障害

右上腕骨折と右肘の機能に障害があることが判明した。骨折部分については、ギプスで患部を固定し経過観察で12日通院し完治となった。

右肘については、力が入らなく神経麻痺がみられることから、リハビリとマッサージの治療を施行するも、12/1に症状の回復がみられないことから後遺障害が確定した。

治療内容および後遺障害に至った状況を記入いただきますよう願います。

該当等級	12	級	6	号
症状固定日	令和 〇 年 12 月 1 日			

初診日	令和 〇 年 8 月 5 日 (土曜日)		
通院	自 令和 〇 年 8 月 5 日 (土曜日)	25 日間	保険医療総額
	至 令和 〇 年 12 月 1 日 (木曜日)		
入院	自 令和 〇 年 8 月 5 日 (土曜日)	9 日間	113,450 円
	至 令和 〇 年 8 月 13 日 (土曜日)		

上記のとおり診断いたします。

診断書の文書料はご請求者様の負担になります。

令和 5 年 12 月 5 日

該当等級は、共済約款の「後遺障害共済金支払区分表」より「等級、号」を記入いただきますよう願います。

共済約款は公益社団法人全国子ども会連合会のホームページからご確認願います

住所 子ども県文京市大塚町2-5

病 医 院 名 大塚整形外科

医 師 名 四谷 浩司 (印)

T E L OXX1 (23) 4545

<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。

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。

被共済者の死亡日

同意書

代表相続人の名前

令和 〇 年 8 月 5 日 湯島 小梅 様が死亡したことにより、全国子ども会安全共済会約款に基づいて、今回支払われる共済金は、代表相続人 湯島 実 様に全額が支払われることに同意いたします。

つきましては、後日他から苦情が出たとき、また貴会において支払いの義務のないことが判明したときは、共済金受取人および私どもが連帯して一切の責を負い貴会にご迷惑をお掛けいたしません。

令和 〇 年 9 月 15 日

以下代表相続人、同意人(その他の相続人)全員の記入・押印をお願いします。

(代表相続人)

住所 子ども県文京市小石川1-1

氏名

湯島 実

印

被相続人との続柄

父親

(同意人)

住所 子ども県文京市小石川1-1

氏名

湯島 奈穂子

印

被相続人との続柄

母親

(同意人)

住所

氏名

印

被相続人との続柄

(同意人)

住所

氏名

印

被相続人との続柄

(同意人)

住所

氏名

印

被相続人との続柄

<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。

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。

委任状

(代理人)

【代理人】

共済金受取人が請求手続きできない事情がある場合に
共済金受取人に代わって共済金請求手続きを行う人

住所 子ども県文京市小石川5-5

氏名 音羽 次郎

請求者
との関係

弟

私は、上記の者を代理人と定め、下記の共済金の請求及び受領に関する一切の権限を委任いたします。

なお、全国子ども会安全共済約款第28条（共済金の支払時期）第2項の適用にあたっては、上記代理人への支払いをもって共済金支払とすることに同意いたします

1. 全国子ども会安全共済会約款に基づき支払われる共済金の請求及び受領

2. 事故発生日 令和 〇 年 8 月 7 日

3. 共済金の種類 医療共済金 ・ 死亡共済金 ・ 後遺障害共済金

4. 被共済者名 音羽 翔太

5. 被共済者住所 子ども県文京市大塚町1-10

令和 〇 年 9 月 15 日

【委任者(共済金受取人)】

共済金請求手続きを代理人に委任する人

委任者住所 子ども県文京市大塚町1-10

委任者氏名 音羽 達也

印

被共済者との関係 [本人 親権者 ・ 里親 ・ その他()]

<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。