

事故が発生したら、まずは、この書類を提出してください。
 提出先: 岡崎市役所こども育成課(福祉会館3階窓口、郵送、
 FAX: 23-7292、E-mail: kodomokai@city.okazaki.lg.jp)
 添付書類: ①加入申込書の写し(被害者の名前のあるページのみ)
 ②行事計画書の写し(複数ページある場合は全て)
 提出期限: 事故日から30日以内

<共済様式>請求-01

済者番号
0-0-0

単子子ども会番号は、別紙「単子子ども会番号一覧」をご参照ください。

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

市区町村子連名 岡崎市子ども会育成者連絡協議会

所属ブロック名、
学区名です。

都道府県・指定都市子連 岡子連会長の名前です。

地区・学区 ○○ブロック○○学区

代表者名

報告者名 ○○ ○○

連絡先 ○○○○ (○○) ○○○○

単子の代表者のお名前、
連絡先です。
印は不要です。

担当者

事故内容

日付 ○○年 ○月 ×日(△) 時刻 午後3時 天候 晴れ

被害者氏名 三河 一郎 (男)・女 12歳6 学年 (幼・小・中・高・育・指)

子ども会名 ○○子ども会 子ども会番号 0-0-0

行事名 ソフトボールの練習

発生場所 ○○小学校運動場

事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)

ソフトボールの守備練習中、フライを捕ろうとしたところ、チームメイトと交錯し転倒。
 着地時に右手を強くついてしまった。
 痛みがひどく、腫れてきたため、○○整形外科を受診した。

子ども会で安全に活動を実施するための指導を行った日を記入する。

KYTの実施状況 当日開始前に、事故防止の指導をした。

KYT=危険予知トレーニング

都道府県指定都市子連確認欄
安全共済会加入確認
共済掛金入金確認

※空欄の場合は受理できません。
必ず実施して下さい。

摘要
被害者住所 : 〒444-○○○○
岡崎市○○町××番地
被害者連絡先 : 0564-○○-○○○○

被害者に書類を送付するため、被害者の住所、連絡先を記入してください。

全国子ども会安全共済会加入 | : 20XX年○○月○○日

<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。

<共済様式>請求-01
事故第一報報告書

2018.10.01改訂