

必要な場合は記入してください

被共済者番号
No.

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)

都道府県・指定都市子連受付印	
担当者	

報 告 年 月 日 **2020 年 5 月 19 日**

市 区 町 村 子 連 **東京都子ども会連合会**

地 区 ・ 学 区 **墨田区少年団体連合会**

代 表 者 名 **小澤 裕二**

報 告 者 名 **墨田 昌子**

連 絡 先 **03-1234-6666**

事 故 内 容

日 付	2020 年 5 月 19 日 (日)		時 刻	10:00	天 候	晴
被 害 者 氏 名	上野 正 (男) 女 10 歳 5 学 年 (幼・ 小 ・中・高・育・指)					
子 ども 会 名	墨田子ども会	子ども会番号	130040000			
行 事 名	ソフトボール練習					
発 生 場 所	墨田小学校校庭					
事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など) 練習当日8:30分からミーティングを始め、その後5分間KYTをして、注意事項を説明してからチームを2グループに分けて対抗試合方式で練習を開始して、体が温まったところに、ショートとレフトがボールを追い衝突して事故になった。セカンドベースにいた選手が、ショート又はレフトと声を掛けていれば、事故につながらなかったと思います。ベンチからも声かけしていたが、本人たちには声かどかなかったようです。 1. すぐに冷やし怪我の状況を確認し、病院での処置が必要と判断した。 2. 墨田救急センターでの診療では右腕骨折との事、応急処置を行い帰宅。 3. 翌日、自宅近くの整形外科にて受診、ギブス固定の治療を受けた。 4. 治療期間は、1カ月との診断を受けた。						
KYTの実施状況	毎回練習日又試合開始前にミーティングでKYTを実施。 当日開始前に、準備運動、事故防止の指導をした。					
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					

<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。

※ボールペンで記入して下さい

必要な場合は記入して下さい

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

所属市区町村子連名 墨田区少年団体連合会
都道府県・指定都市子連名 東京都子ども会連合会 代表者名 小澤 裕二 ⑧
代表者名 〇〇 △△ ⑧ 単位子ども会名 墨田子ども会
単位子ども会番号 130040000

必ず記入して下さい 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	<u>〒131-0041 墨田区八広3-3-3</u>	ご請求日	<u>2020年6月25日</u>	
	氏名	<u>上野 博</u> ⑧	被共済者	住所	<u>〒131-0041 墨田区八広3-3-3</u>
	連絡先	<u>03-1234-6666</u>		氏名	<u>上野 正</u> 男・女
	被共済者との続柄	本人 <u>親権者</u>		生年月日	<u>2020年8月8日10歳5</u> 学年
その他	()				
添付書類	①	医療費領収書(写) _____ 枚 診療明細書 _____ 4 枚	②	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(名簿、行事計画書、活動場所、他)	
	お振込先金融機関	銀行 <u>信金・信組・農協・漁協・労金</u> () 支店 <u>普通預金以外の場合()</u> 口座番号 <u>55555</u> フリガナ <u>ウエノ ヒロシ</u> 口座名義 <u>上野 博</u>	ゆうちょ銀行 _____ (数字3桁)店 普通預金以外の場合() 口座番号 _____ フリガナ _____ 口座名義 _____		

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名 墨田 昌子 男・女 年齢 48 歳 子どもの役職 会長

事故状況	日付	<u>2020年5月19日</u> (日) 時刻 <u>10:00</u>	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()
	場所	<u>墨田小学校グラウンド</u>	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
	行事名	<u>ソフトボール練習</u>		
	天候	<u>晴</u> 参加者数 <u>20</u> 名		
事故の経緯	事故発生状況	<u>ソフトボール練習中にショートとライトの中間地点にボールが上がり、ショートとライトの選手がボールを捕球に向かって走りお互いにボールに集中して走り激突した際に、同時に転んだがライト守備の選手の右腕にショートの選手が乗った時に、右腕を負傷した様で、すぐ救急センターで診療を受けた。</u>		
	治療の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名	<u>右腕骨折</u>	
		診療機関名1	<u>墨田救急センター</u>	診療期間
	治療の経過と状況	<u>脳波をとり、頭部に異常ないと確認。右腕はレントゲンの結果、骨折と診断。固定をする。</u>		
治療の経過と状況	診療機関名2	<u>八広整形外科</u>	診療期間	<u>5月21日～6月20日</u>
治療の経過と状況	<u>ギブスにて固定し、その後リハビリで7回通院治療した。</u>			
因過	※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	<u>全身・頭部・顔部・頸部・肩部・<u>上腕</u>・前腕・手部・胸部・腹部・背部・腰部・大腿・下腿・足部</u>		
活動分類	<u>スポーツ(ドッジボール・<u>ソフトボール</u>・野球・バレーボール・ソフトバレーボール・水泳・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・サッカー・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)</u> 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		
症状分類	<u>打撲 <u>骨折</u>・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()</u>		
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)	
	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。

市区町村子連	受付日	担当者
		後藤典子

都道府県指定都市子連	受付日	請求完了日	担当者

2018.10.1 改訂

個人情報の取扱いについての同意書

八広整形外科

御中

御中

御中

私は、2020年5月19日発生の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

1. 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。
2. 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。
 - (1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - (2) レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日 2020年6月25日

・ 住所 墨田区八広3-3-3

・ 氏名 上野 博 印

記入もれのないよう、お願いします

怪我(病気)をされた方がお子様の場合は、親権者(お父様・お母様等)のお名前を記入願います

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()]

(注)同意された方が患者(被共済者)様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者(被共済者)様の

住所 墨田区八広3-3-3

氏名 上野 正

生年月日 2009年8月8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

柔道整復施術報告書

被施術者 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

受傷日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

施術期間 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

施術日数 _____ 日

施術部位 _____

負傷名 _____

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	円
	初検時相談支援料	円
	再検料	円
＜施術情報提供料＞		円
＜往療料＞		円
＜施術料等＞	整復・固定施療料	円
	後療料	円
	温罨法料	円
	冷罨法料	円
	電療料	円
計		円

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

住所 _____

施術所名 _____

氏名 _____

印

電話 _____

<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。