

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**)

対象の事象に丸をつけてください。

市区町村等子連  
受付日

実際の提出日を記載してください。

(提出日) 令和 年 月 日

都道府県・指定都市  
子連受付日

市区町村等子連	清須市子ども会連絡協議会
代表者	
担当者	
連絡先電話番号	

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 年 月 日 ( )	時刻		天候	
学区・地区					
単位子ども会		単位子ども会番号			
被共済者		男・女	歳	学年	
行事名					
発生場所					

事故の状況（原因・処置・経過・傷害・疾病の状況）

ケガ等した場合の状況をできる限り詳細に記載します。

この事業については、年間行事計画に記載されている行事が対象となりますので、年間行事予定から漏れないように注意してください。

普段からどのような安全指導を行っていたかを記載してください。

KYTの実施状況

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。