

(死亡・後遺障害・医療)

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

(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	中津川市子ども会育成指導者連絡協議会
代 表 者	田口達夫
担 当 者	
連絡先電話番号	090-1270-6842

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）									
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		

本共済契約に関する個人情報、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。