（府様式第６号）

≪請求日≫　　　　年　　月　　日

(一財)大阪府こども会育成連合会　様

**大阪府こども会共済金請求書**

 　　　　 市町村こども会連合組織名　　　　　　　　　　　　　　　 　 印

市町村こども会連合組織会長名

　　　年　　　月　　　日に発生したこども会活動中の事故（ 傷病、後遺障害、死亡 ）について、

大阪府こども会安全共済会規程に基づき関係書類を添えて請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ご　請　求　者 | ふりがな |  | 被共済者との続柄 | 本人 ・ 親権者 ・その他（　　　　　） |
| 氏 名　　　　　　　　 |  | 　㊞ |
| 住 所 | 〒 | 連 絡 先 | （　　　） |
|  |
| 　　 被　共　済　者 | 単位こども会名 | 　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　 　年　　月　　日 |
| 氏 名 |  |
| 住所 | 〒 | 年　齢 | 　　　　　　　歳 |
| 性　別 | 　男　　・　　女 |
|  | 連絡先 | 　　　　（　　　） | 学　年 | 　　　　　　　　年 |
| 添付書類 | 1 | 当会の定める事故報告書 | 5 | 診断書（後遺障害時） |
| 2 | 当会の定める証明書 | 6 | 死亡診断書又は死体検案書（死亡時） |
| 3 | 医療機関に対する同意書 | 7 | 被共済者の戸籍謄本（死亡時） |
| 4 | その他書類（　　　　　　　　　　） | 8 | 同意書（死亡時） |
| 　 振　　込　　先 | ※できれば「ゆうちょ銀行」でお願いします |
| ゆうちょ銀行 | ゆうちょ銀行　　　　　（数字３桁）店口座番号 | フリガナ |
| 口座名義 |
| ゆうちょ銀行以外の金融機関 | 銀行・信用金庫・信用組合　支店　　普 通 預 金　口座番号 |
| 委 　任 　状 | 氏　名所在地私は、上記の者を代理人と定め、大阪府こども会安全共済会の共済金受領に関する件の権限を委任します。 年 月 日被共済者（本人または保護者等）住所　　　 被共済者（本人または保護者等）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

＜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、一般財団法人大阪府こども会育成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、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。