

『岡山市学童校外事故共済見舞金』の請求手続きについて

◎請求に必要なもの

- 会 員 証 ……………☆事故の発生日が共済期間に含まれるもの。
 - 請 求 書（所定の様式）……………☆裏面の記入例を参考にしてもれないように記入してください。
 - 口座振込依頼書（所定の様式）……………☆口座名義に **フリガナ** を忘れないように。
 - 医師の診断書（所定の様式）……………☆実治療日数5日以上するとき
 - *実際に入院・通院された日数が対象です。
 - *ギプス等の固定具で固定していた期間は実治療日数に含んで計算します。
- (注意)
- 全ての等級において、診断書が必要です。
対象となるかどうかわからない場合や、複数の医療機関を受診した場合は、お問い合わせの上、診断書をお取りください。
なお、診断書料は自己負担となります。

◎書類の提出は

- 岡山市教育委員会事務局保健体育課(岡山市役所本庁舎8階)へ、直接提出してください(郵送可)。
各区役所(市民保険年金課)及び地域センターへも書類を提出することができます。
請求内容について、お問い合わせをさせていただく場合がありますので、請求書の連絡先欄に昼間の連絡先(電話番号)をご記入ください。

◎請求期間は

- 事故の発生した日から **1年以内** です。

◎見舞金の給付は

- 口座振込依頼書で指定された金融機関の口座へ、後日振り込みます。

※給付の対象になるのは

- *遊園地・公園・空地やスキー場・各種スポーツ施設などで遊んでいたときの傷害など
- *子ども会・スポーツ少年団・習い事などで活動中の傷害など
- *学童保育中の傷害など(ただし、下校時は対象外。日本スポーツ振興センターの対象)

※給付の対象にならないのは

- *学校管理下(登下校中、授業中、学校の教育計画に基づく課外指導など)での傷害
- *自宅その他住居(いずれも敷地を含む)内での傷害
- *交通上の事故(自転車での自損事故も含む)による傷害
- *自己又は保護者の故意による傷害
- *風水害や震災などの非常災害による傷害

★お問い合わせは

岡山市教育委員会事務局保健体育課へ 電話(086)803-1594
(〒700-8544 岡山市北区大供一丁目1番1号 岡山市役所本庁舎8階)

記入例

| | | | | | |
|----|------|------|----|----|-----|
| 課長 | 課長代理 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | 担当者 |
| | | | | | |

☆支給対象の確認を行いますので、正確・詳細に記入をお願いします。

岡山市学童校外事故共済見舞金請求書

岡山市長様

年 月 日

郵便番号 700-8544

請求者住所 岡山市北区大供1-1-1

氏名 岡山太郎 (続柄 父)

連絡先 TEL 086-803-XXXXXX

昼間に連絡が取れる電話番号を記入してください。

電子(キヤッシュレス)申込をされた方は、整理番号を記入してください。不明な場合は、保健体育課にお問い合わせください。
整理番号(12桁)

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

紙申込された方は、納付年月日を記入してください。
不明な場合は、保健体育課にお問い合わせください。

………申込方法に応じて記入してください。

………受傷者(児童生徒)の氏名、学校名を記入してください。

………受傷者(児童生徒)の住所を記入してください。

………事故のあった日時・場所を記入してください。

………できるだけ正確に記入してください。

………ギブス等の固定具での固定日数と、固定以外の期間の実治療日数の合計

| | | | | | |
|--|-----------------------|------------------------------|--------------------|----------------|-------------|
| 受傷者氏名・学校名・学年 氏名 岡山一郎 〇〇 小学校・中学校 1年 | 受傷者住所 岡山市北区大供1-1-1 | 事故発生日時 令和8年6月11日 午前午後 4時頃 | 事故発生場所 〇〇 小学校校庭 | 病名 左足関節外顆骨折 | 実治療日数 32 |
|--|-----------------------|------------------------------|--------------------|----------------|-------------|

事故の状況

放課後、いったん帰宅後、学校に遊びに行き、友達とサッカーをしていて、左足首をひねって転び、左足首を骨折した。

………できるだけ詳しく記入してください。

太枠欄は記入しないでください。

| | | | |
|----|-------|------|---|
| 受付 | 年 月 日 | 支払金額 | 円 |
| 支払 | 年 月 日 | | |

| 課長 | 課長代理 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | 担当者 |
|----|------|------|----|----|-----|
| | | | | | |

岡山市学童校外事故共済見舞金請求書

年 月 日

岡山市長様

郵便番号

請求者住所

氏名

(続柄)

連絡先 TEL

昼間に連絡が取れる電話番号を記入してください。

受傷者氏名・学校名・学年
氏名

電子(キャッシュレス)申込をされた方は、整理番号を記入してください。不明な場合は、保健体育課にお問い合わせください。
整理番号(12桁)

小学校・中学校 年

受傷者住所

紙申込された方は、納付年月日を記入してください。不明な場合は、保健体育課にお問い合わせください。

事故発生日時
年 月 日 午前 午後 時頃

年 月 日

事故発生場所

事故の状況

病名

実治療日数

太枠欄は記入しないでください。

| | |
|-------------|-----------|
| 受付 年 月 日 | 支払金額 円 |
| 支払 年 月 日 | |

口座振込依頼書

岡山市長様

岡山市学童校外事故共済見舞金を別紙のとおり請求しますので、共済見舞金は下記の預金口座にお振り込みください。

請求者

住所

氏名

指定預金口座（※請求者がご記入ください。）

| | | | | |
|--------|--------------------|---------------------|------|--------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 本店・ （ ）支店 出張所 | 口座種別 | 普通(総合) 当座 |
| | 農協 | 本所・()支所 | | |
| (フリガナ) | | | 口座番号 | |
| 口座名義 | | | | |

※ 「フリガナ」を必ず記入してください。

診 断 書

岡山市学童校外事故共済見舞金請求用

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--------|------------------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 住 所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | 男 女 | | 年 月 日生 (才) | | | | | | | | | | |
| 傷病名及び態様 (受傷日 年 月 日) | | | | 実通院治療日に○をつけて下さい。 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 計 |
| | | | | | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
| | | | | 月 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 日 |
| | | | | | 31 | | | | | | | | | | |
| 固定具 (ギプス・副木・その他:) | | | | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 計 |
| 使用の場合:使用期間 (月 日～ 月 日) | | | | | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
| 入院治療 日間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | 月 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 日 |
| | | | | | 31 | | | | | | | | | | |
| 通院治療 日間 (内実治療日数) 日 年 月 日～ 年 月 日 | | | | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 計 |
| | | | | | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
| 年 月 日 | | | | 月 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 日 |
| | | | | | 31 | | | | | | | | | | |
| 治癒・治癒見込・継続・転医・死亡・その他 () | | | | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 計 |
| 後遺症内容 | | | | 月 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
| | | | | | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | | | | 月 | 31 | | | | | | | | 日 | | |

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所在地

名 称

医師氏名