

緊急連絡先票

2020年度

園名

〇〇〇保育園

児童写真貼る ※枠内に収まるサイズ	フリガナ	ココロ タロウ		自宅住所	〒123-1234 東京都千代田区内神田二丁目5番5号		
	児童名	心 太郎			自宅連絡先	03-4444-5678	
	生年月日	2017年 5月 17日					
	クラス	すみれ					
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	氏名(フリガナ)	続柄	勤務先・会社名	勤務先:住所	勤務先:電話番号	優先番号	
	ココロ 心 あい	母	ココロオフィス	品川区〇〇	03-9876-5432	1	
	勤務先から園まで徒歩(約30分)				携帯番号 080-1234-5678	2	
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	氏名(フリガナ)	続柄	勤務先・会社名	勤務先:住所	勤務先:電話番号	優先番号	
	ココロ 心 タイ	父	ココロ株式会社	千代田区〇〇	03-9876-1234	3	
	勤務先から園まで徒歩(約240分)				携帯番号 080-1234-1234	7	
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	氏名(フリガナ)	続柄	勤務先・会社名	勤務先:住所	勤務先:電話番号	優先番号	
	ココロ 心 タイ	祖父	自宅	文京区〇〇	03-5555-5678	5	
	勤務先から園まで徒歩(約30分)				携帯番号 090-1234-7777	6	
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	氏名(フリガナ)	続柄	勤務先・会社名	勤務先:住所	勤務先:電話番号	優先番号	
	ココロ 心 ハナ	祖母	自宅	文京区〇〇	03-5555-5678	4	
	勤務先から園まで徒歩(約30分)				携帯番号 090-1234-8888	8	
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	氏名(フリガナ)	続柄	勤務先・会社名	勤務先:住所	勤務先:電話番号	優先番号	
	ココロ 心 ハナ	叔母	ココロ病院	品川区〇〇	03-5555-5555	9	
	勤務先から園まで徒歩(約180分)				携帯番号 090-1234-9999	10	

※優先順位は、園から緊急連絡をする際に参考にさせていただく順位になります。(①~⑩の通し番号を記載ください。)

安否確認連絡先(関東近県以外にお住まいの方でご家庭の安否がわかる方)						
氏名	(フリガナ)	タガミ ショウイチ	続柄	お住まいの地域		電話番号
	田上 昇一	祖父	埼玉県・道・府	埼玉県	市・群 坂戸 市	080-9876-5432

緊急時:園児引き渡し確認欄 ※下記欄は、お子さんの引渡し時に記載します。						
引渡し日	月	日	時	分	引渡し後:連絡先	
引渡し後:避難先						
特記(備考):						
引き取り者:署名欄						(続柄)

※裏面には保険証および乳幼児医療症のコピーを貼り付ける(乳幼児医療症は最新のものか確認する)

乳 児 医 療 証	
負担者番号	
受給者番号	
児 氏 名	男・女
童 生年月日	平成 年 月 日生
保 護 者 住 所	見 本
保 護 者 氏 名	
有効期間	平成 見本 日から 平成 日 まで
<p>上記の者は、東京都日の出町こどもの医療費に関する条例により医療費の一部を日の出町が助成することを証明する。 東京都西多摩郡日の出町長</p>	
交付年月日	平成 年 月 日

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	00163
		平成20年10月14日交付
	記号 21700023	番号 21
氏名	協 会 太 郎	
生年月日	昭和 51年 10月 22日	性別 男
資格取得年月日	平成 20年 10月 10日	
事業所名称	〇〇 株式会社	
保険者番号	01010011	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	
		印

か か り つ け 医 療 機 関	外科	内科	健康保険証記号番号	園児の血液型	
	医院名 こころ病院 〒123-4567 千代田区〇〇	医院名 ハートクリニック 〒123-4567 千代田区〇〇	123456789		
	TEL〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	TEL〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇健康保険協会		A型