

# 緊急連絡先票

2019年度

病児保育室 ころこキッズケア

<b>児童写真貼る</b> ※枠内に収まるサイズ	フリガナ			〒	
	児童名		自宅住所		
	生年月日	年 月 日	自宅連絡先		
<b>緊急連絡送迎者写真貼る</b> ※枠内に収まるサイズ	氏名	優先順位	勤務先・保育室までの経路時間	住所	電話番号等
			勤務先から保育室まで徒歩(約 分)		
	(続柄)		勤務先から保育室まで徒歩(約 分)		
<b>緊急連絡送迎者写真貼る</b> ※枠内に収まるサイズ	氏名	優先順位	勤務先・保育室までの経路時間	住所	電話番号等
			勤務先から保育室まで徒歩(約 分)		
	(続柄)		勤務先から保育室まで徒歩(約 分)		
<b>緊急連絡送迎者写真貼る</b> ※枠内に収まるサイズ	氏名	優先順位	勤務先・保育室までの経路時間	住所	電話番号等
			勤務先から保育室まで徒歩(約 分)		
	(続柄)		勤務先から保育室まで徒歩(約 分)		
<b>緊急連絡送迎者写真貼る</b> ※枠内に収まるサイズ	氏名	優先順位	勤務先・保育室までの経路時間	住所	電話番号等
			勤務先から保育室まで徒歩(約 分)		
	(続柄)		勤務先から保育室まで徒歩(約 分)		

※優先順位は、保育室から緊急連絡をする際に参考にさせていただき順位になります。(①～⑧の通し番号を記載ください。)  
 ※保育室までの経路時間は、災害時に公共交通機関が使用できないことを想定して、徒歩での時間を記載ください。

環境・通所道順	通園距離	約 ( ) km	緊急時避難先住所	①
	所要時間	約 ( ) 分		②
	保育室までの経路・地図			

※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)

**【災害時:保育室見引き取り確認署名欄】**

健康保険証、乳幼児医療証のコピーをお貼りください。

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	〒	
	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助成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

<b>健康保険被保険者証</b>	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	協和 太郎	性別 男
生年月日	昭和 51年 10月 22日	
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	

かかりつけ 医療機関	外科	内科	健康保険証記号番号	保育室児の血液型
	医院名 〒 TEL	医院名 〒 TEL	保険者名	