

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 |
| 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 タイチ | 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 |
| 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 ダイチ 大地 | 祖父 | ココロ建設会社 | 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 |
| 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 ハナコ | 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 |
| 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 ハナミ | 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 |

※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・県 | 坂戸 | 市・群 町・村 | 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 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 | 〒 |
| 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の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 | キョウイ タロウ 協会 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 | 園児の血液型 |
|-----------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|
| | 医院名 こころ病院 〒123-4567 千代田区〇〇 TEL〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 | 医院名 ハートクリニック 〒123-4567 千代田区〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 123456789 保険者名 〇〇健康保険協会 | |