

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	こころオフィス	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
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	こころ株式会社	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
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	祖父	こころ建設会社	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	6
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	8
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	こころ病院	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・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 <small>（東京都健康増進・医療費負担等調整法）</small> 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	
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	

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 TEL00-0000-0000	医院名 ハートクリニック 〒123-4567 千代田区〇〇 TEL00-0000-0000	123456789	
			保険者名 〇〇健康保険協会	A型