

全国子ども会安全共済会 様式集

I 加入 申込に 関する 様式

利用する様式について（加入申込関係）	・・・	P1
加入一11 加入申込書	・・・	P2
加入一12 加入者名簿2	・・・	P4
加入一13 年間行事計画書	・・・	P6
加入一21 変更届	・・・	P8
① 転入・転居のとき	・・・	P9
② 加入者に氏名変更があったとき	・・・	P10
③ 会長が変わったとき	・・・	P11

II 共済金請求に関する様式

利用する様式について（共済金請求関係）	・・・	P12
請求一01 事故第一報報告書	・・・	P13
請求一11 医療共済金請求書兼事故証明書	・・・	P15
請求一12 個人情報の取扱いについての同意書	・・・	P17
請求一21 医療報告書	・・・	P19
請求一22 柔道整復施術報告書	・・・	P20
請求一31 死亡・後遺障害共済金請求書	・・・	P21
請求一32 後遺障害診断書	・・・	P22
請求一33 同意書	・・・	P23

安全共済会の様式については、本日配布した3枚綴りの様式を使用願います。
また、一般社団法人宮城県子ども会育成連合会のHPからも様式をダウンロードし、作成することも可能です。その場合は、同じものを3枚印刷し、提出願います。
県子連安全共済会HP→http://www.kodomo-kai.or.jp/anzen_kyosaikai/

富谷市子ども会育成連合会

「全国子ども会安全共済会」で利用する様式について(加入申込関係)

2021年

作成者	様式番号	様式名	内容	提出先		備考
				宛名	提出先	
単位 子ども会	加入-11	加入申込書・ 加入者名簿1	単位子ども会の加入申込書・ 加入者名簿。	市区町村 子ども会 連合組織	市区町村 子ども会 連合組織	追加申込の場合も利用する。
	加入-12	加入者名簿2	単位子ども会の加入者名簿 (“加入-11”の追加用)。	市区町村 子ども会 連合組織	市区町村 子ども会 連合組織	追加申込の場合も利用する。
	加入-13	年間行事計画書	単位子ども会の年間行事計 画。	市区町村 子ども会 連合組織	市区町村 子ども会 連合組織	追加行事・行事変更の場合も利 用する。
単位 子ども会	加入-21	変更届	加入者が引っ越し等で、所属 する子ども会が変更となる場 合、及び加入者の氏名が変 更となる場合に作成する。	全国子ども会 連合会	市区町村 子ども会 連合組織	所属変更の場合は、新たに加 入する子ども会が作成する。

殿

(市区町村等子連名)

<加入申込書>

(提出日)

年 月 日

追加欄

追加加入の場合は上記欄に○表示を記入願います。

学 区 ・ 地 区 名

(フ リ ガ ナ)

単 位 子 ども 会 名

単 位 子 ども 会 番 号

育 成 会 代 表 者 氏 名

Ⓔ

〒 -

連 絡 先 住 所

電 話 - -

子 ども 会 会 長 氏 名 (小・中) 年 氏 名

公益社団法人全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」 年度分として申し込みます。

<加入者数>

会 員	幼 児	小 学 生	中 学 生 (内ジュニアリーダー)	高 校 生 ・ 高 校 年 齢 相 当 (内ジュニアリーダー)	指 導 者 ・ 育 成 者	人 数 合 計
人 数	名	名	名 (名)	名 (名)	名	名

<共済掛金等>

掛金等合計	70円×人数合計 (ただし、10/1以降加入の場合は60円×人数合計)	円
-------	-------------------------------------	---

< 加 入 者 名 簿 1 >

1 / ページ

No.	氏 名	性 別	幼・小・中 高・育・指	学 年	年 齢	同 護 者 保 護 No.	No.	氏 名	性 別	幼・小・中 高・育・指	学 年	年 齢	同 護 者 保 護 No.
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			
		男・女	幼・小・中 高・育・指						男・女	幼・小・中 高・育・指			

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2020.10改訂

<記入例>

提出する日を記入してください。

<共済様式>加入-11

【単位子ども会作成】

富谷市子ども会育成連合会 殿

(市区町村等子連名)

<加入申込書>

(提出日) 令和3年5月6日

記入しなくてもいいです。

2回目以降の申込時は○を記入してください。

追加欄

追加加入の場合は上記欄に○表示を記入願います。

新年度の会長が決定していない場合は、申込日時点での代表者氏名を記入してください。ただし、この場合後日変更届を提出することになります。

学区・地区名 記入しないでください

(フリガナ) トミヤコドモカイ

代表者が自書の場合は押印不要です。

単位子ども会名 富谷子ども会

単位子ども会番号 記入しないでください

育成会代表者氏名 佐藤 太郎

〒 981-3305

連絡先住所 富谷市一ノ関籾合山6番地8

電話 022 - 358 - 5400

子ども会会長氏名 (小・中) 6年 氏名 富谷 花子

公益社団法人全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済」 令和3年度分として申し込みます。

<加入者数>

会 員	幼児	小学生	中学生 (内ジュニアリーダー)	高校生・高校年齢相当 (内ジュニアリーダー)	指導者・育成者	人数合計
人 数	2 名	5 名	1 名 () 名	() 名	2 名	10 名

<共済掛金等>

掛金等合計	70円×人数合計 (ただし、10/1以降加入の場合は60円×人数合計)	700 円
-------	-------------------------------------	-------

新年度の会長が決定していない場合または会長がいない場合は、空欄で提出してください。

加入者名簿 1 / 1 ページ

No.	氏 名	性別	学年 幼・小・中 高・育・指	年齢	同 護 伴 者 保 No.
1	富谷 一郎	男・女	幼・小・中 高・育・指	3 10	
2	宮城 志郎	男・女	幼・小・中 高・育・指	1	
3	大崎 夏美	男・女	幼・小・中 高・育・指	1	
4	栗原 春田	男・女	幼・小・中 高・育・指	2	
5	登米 秋也	男・女	幼・小・中 高・育・指	4	
6	石巻 冬香	男・女	幼・小・中 高・育・指	4	
7	富谷 花子	男・女	幼・小・中 高・育・指	6 10	
8	仙台 大和	男・女	幼・小・中 高・育・指	2	
9	佐藤 太郎	男・女	幼・小・中 高・育・指	31	
10	富谷 早希	男・女	幼・小・中 高・育・指	32	

実際に支払う金額は、250円×加入人数になりますが、ここに記入する金額は、70円×人数です間違えないように注意してください。

ジュニア・リーダー欄は、記入しないでください。ジュニア・リーダーは、市子連で加入します。

同時に加入する保護者の方の番号を記入してください。

・小・中・高校生は学年を、未就学児、育成者、保護者は年齢を必ず記入してください。
・年齢は令和3年4月1日時点の年齢をご記入ください
・未就学児の場合は必ず保護者の方の加入が必要となりますので同伴保護者No.欄も記入してください。

追加申込みのときは、前回の続きの番号から記入してください。わからないときは、記入しなくてもいいです。

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

富谷市子ども会育成連合会 殿

(市区町村等子連名)

(提出日) 令和3年5月8日

令和3年度<年間行事計画書>

新規	
追加・変更	

(該当する方に○表示してください)

学区・地区名	記入しないでください
(フリガナ)	(トミヤコドモカイ)
単位子ども会名	富谷子ども会
単位子ども会番号	記入しないでください
代表者名	佐藤 太郎
届出担当者名	富谷 洋子

全国子ども会安全共済会規程に基づき、単位子ども会年間行事計画書を提出します。

1. 活動・事業名

月	実施予定日	行 事 ・ 活 動 名	会 場	参加予定人数	備 考
4	3(日)	総会	中央集会所	30名	
5	4(日)	歓迎会	中央集会所	45	
7	17(土) 18(日)	お楽しみ会	なかよし公園	45	
7	24(土)	お楽しみ会	中央集会所	45	17、18日の予備日
12	25(土)	クリスマス会	中央集会所	45	
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>申込日時点で決定している内容を記入してください。行事の追加・変更については、その都度、その分だけを記入し提出してください。</p> </div>					
<p>その他の行事については、決定後提出いたします。</p>					

2. 日常定例活動 (日常の練習等を含む)

変更届

(提出日)	年	月	日
団体名 (市区町村等子連名)			
代表者名			印

(提出日)	年	月	日
単位子ども会名			
単位子ども会番号			
代表者名			
連絡先	—	—	

全国子ども会安全共済会規程に基づき、次のとおり変更届を提出いたします。

1. 転入届(転入者を受け入れた子ども会が提出)

転入者	新会員NO.	氏名	性別	年齢	学年	転入月	旧会員NO.	備考
						月		
						月		
						月		
						月		
旧所属団体	市区町村等子連名							
	単位子ども会名							
	単位子ども会番号							

2. 名簿訂正

訂正する加入者	会員NO.	氏名	訂正内容	備考

3. 代表者変更

(新)

フリガナ	
代表者名	
連絡先 (住所)	〒 — —
(TEL)	— —
変更日	年 月 日

(旧)

フリガナ	
代表者名	
連絡先 (住所)	〒 — —
(TEL)	— —

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。

ただし、保健医療等の特殊な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2021.01改訂

変更届

(提出日) 記入しない 年 記入しない 月 記入しない 日

団体名
(市区町村等子連名)
富谷市子ども会育成連合会

代表者名 **会長 中鉢 義徳** (印)

記入しなくてもいいです。

(提出日) **令和3** 年 7 月 8 日

単位子ども会名 **富谷子ども会**

単位子ども会番号 記入しないでください

代表者名 **佐藤 太郎**

連絡先 **022 - 358 - 5400**

全国子ども会安全共済会規程に基づき、次のとおり変更届を提出いたします。

1. 転入届(転入者を受け入れた子ども会が提出)

転入者	新会員NO.	氏名	性別	年齢	学年	転入月	旧会員NO.	備考
	記入しないでください	東京 一	男	7	2	7 月	100	
						月		
						月		
						月		
旧所属団体	市区町村等子連名	東京子ども会育成連合会口						
	単位子ども会名	東京東子ども会						
	単位子ども会番号	123456789						

2. 名簿訂正

訂正する加入者	会員NO.	氏名	訂正内容	備考
			変更のある場合は届出前に事務局までご連絡願います。	

3. 代表者変更

(新)		(旧)	
フリガナ		フリガナ	
代表者名		代表者名	
連絡先 (住所)	〒 -	連絡先 (住所)	〒 -
(TEL)	- -	(TEL)	- -
変更日	年 月 日		

〈個人情報の取り扱いについて〉

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。

ただし、保健医療等の特殊な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2021.01改訂



変更届

(提出日)	記入しない 年 記入しない 月 記入しない 日
団体名 (市区町村等子連名)	記入しなくてもいいです。 富谷市子ども会育成連合会
代表者名	会長 中鉢 義徳 (印)

(提出日)	令和3 年 7 月 8 日
単位子ども会名	富谷子ども会
単位子ども会番号	記入しないでください
代表者名	佐藤 太郎
連絡先	022 - 358 - 5400

全国子ども会安全共済会規程に基づき、次のとおり変更届を提出いたします。

1. 転入届(転入者を受け入れた子ども会が提出)

転入者	新会員NO.	氏名	性別	年齢	学年	転入月	旧会員NO.	備考	
						月			
						月			
						月			
旧所属団体	市区町村等子連名								
	単位子ども会	訂正する会員の名前を記入してください。							
	単位子ども会番号	訂正内容を記入してください。 (訂正前⇒訂正後)							

2. 名簿訂正

訂正する加入者	会員NO.	氏名	訂正内容	備考
	1	宮城 一郎	宮城一郎⇒福島一郎へ氏名変更	

3. 代表者変更

フリガナ		(旧)	フリガナ	
代表者名			代表者名	
連絡先 (住所)			(住所)	
(TEL)	— —		(TEL)	— —
変更日	年 月 日			

わからないときは、空欄のままかまいません。

変更のある場合は届出前に事務局までご連絡願います。

〈個人情報の取り扱いについて〉

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。
ただし、保健医療等の特殊な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2021.01改訂

変更届

(提出日) 記入しない 年 記入しない 月 記入しない 日

団体名
(市区町村等子連名)
富谷市子ども会育成連合会

代表者名 **会長 中鉢 義徳** (印)

記入しなくてもいいです。

(提出日) **令和3** 年 **11** 月 **11** 日

単位子ども会名 **富谷子ども会**

単位子ども会番号 記入しないでください

代表者名 **佐藤 太郎**

連絡先 **022 - 358 - 5400**

全国子ども会安全共済会規程に基づき、次のとおり変更届を提出いたします。

1. 転入届(転入者を受け入れた子ども会が提出)

転入者	新会員NO.	氏名	性別	年齢	学年	転入月	旧会員NO.	備考	
						月			
						月			
						月			

旧所属団体
市区町村等子連名
単位子ども会名
単

変更のある場合は届出前に事務局までご連絡願います。

2. 名簿訂正

訂正する加入者	会員NO.	氏名	訂正内容	備考

3. 代表者変更

(新)

フリガナ トミヤ ヨウコ

代表者名 **富谷 洋子**

連絡先 〒 **989 - 3305**
(住所) **富谷市一ノ関川又山2番地18**
(TEL) **022 - 358 - 9159**

変更日 **令和3年11月11日**



(旧)

フリガナ サトウ タロウ

代表者名 **佐藤 太郎**

連絡先 〒 **989 - 3305**
(住所) **富谷市一ノ関臈合山6番地8**
(TEL) **022 - 358 - 5400**

〈個人情報の取り扱いについて〉

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。

ただし、保健医療等の特殊な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2021.01改訂

「全国子ども会安全共済会」で利用する様式について(共済金請求関係)

様式番号	様式名	内容	作成者	提出先		備考
				宛名	提出先	
請求-01	安全共済会事故第一報報告書	共済事故があった場合に作成する。	請求者・所属子ども会	全国子ども会連合会	都道府県・指定都市子ども会連合組織の指示による	
請求-11	<医療共済金>請求書兼事故証明書	医療共済金請求の場合に作成する。事故の状況・治療の状況等を記載する。	請求者・所属子ども会	全国子ども会連合会		
請求-12	個人情報の取扱いについての同意書	医療機関・接骨院に対する同意書。	請求者	記載した医療機関		
請求-21	医療報告書	何らかの理由で医療機関の領収書・診療明細書がない場合に作成依頼する。	医療機関			領収書がある場合は添付の必要なし。文書料は支払対象外
請求-22	柔道整復施術報告書	可能な限り、この様式で作成依頼する(領収書に健康保険請求の10割金額が表記されていれば不要)。	整骨院・接骨院			文書料は支払対象外
請求-31	<死亡・後遺障害共済金>請求書兼事故証明書	死亡・後遺障害共済金請求の場合に作成する。事故の状況・治療の状況等を記載する。	請求者・所属子ども会	全国子ども会連合会		
請求-32	後遺障害診断書	死亡・後遺障害共済金請求の場合に作成する。	医師			文書料は支払対象外
請求-33	同意書	死亡共済金請求の場合で相続人が複数の場合に作成する。	請求者	全国子ども会連合会		
請求-34	委任状	規約に基づいて、必要な場合に作成する。	請求者	全国子ども会連合会		

被共済者番号
No.

全国子ども会安全共済会事故第一報報告書

(死亡・後遺障害・医療)

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中
(都道府県子連・指定都市子連へ提出)

都道府県・指定都市子連受付印	
担当者	

報	告	年	月	日		年	月	日

市	区	町	村	子	連			

地	区	・	学	区				

代	表	者	名					

報	告	者	名					

連	絡	先						

事 故 内 容

日	付		年	月	日 ()	時	刻		天候

被	害	者	氏名	男・女	歳	学年	(幼・小・中・高・育・指)		

子	ど	も	会	名	子ども会番号				

行	事	名							

発	生	場 所							

事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)									

KYTの実施状況									
都道府県 指定都市子連 確認欄		安全共済会加入確認							
		共済掛金入金確認							

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2018.10.1改訂

記入しないでください

被共済者番号
No.

全国子ども会安全共済会事故第一報報告書

(死亡・後遺障害・医療)

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中
(都道府県子連・指定都市子連へ提出)

報告年月日 令和3年 4 月 25 日

市区町村子連名 富谷市子ども会育成連合会

地区・学区

代表者名

報告者名 富谷 富太郎

連絡先 ××× (※※※) ……

都道府県・指定都市子連受付日	
担当者	

事故内容

記入しないでください

日付	令和2年 4 月 23 日 (月)	時刻	10:00	天候	晴
被害者氏名	富谷 富子	男・女	10 歳	5 学年	(幼・小・中・高・育・指)
子ども会名	とみやっこ子ども会	子ども会番号			
行事名	ドッジボール練習(例)				
発生場所	富谷第一会館(例)				
事故の状況(原因・処置・経過・障害の状況など)					
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>分かりやすく記入してください</p> </div>					
KYTの実施状況	会館の中で事前に危険箇所を確認し、参加者に周知させた(例)				
都道府県 指定都市子連 確認欄	安全共済会加入確認				
	共済掛金入金確認				

記入しないでください

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

「全国子ども会安全共済会」 <医療共済金> 請求書兼事故証明書

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中 都道府県・指定都市子連 代表者の事故証明印

都道府県・指定都市子連名

印

所属市区町村等子連名

単位子ども会名

代表者名

印

単位子ども会番号

全国子ども会安全共済会 共済約款に基づき、関係書類を添えて共済金を請求します。

請求書表: 住所、氏名、連絡先、被共済者、ご請求日、被共済者住所、氏名、性別、生年月日、添付書類、お振込先金融機関

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

事故報告表: 管理者氏名、年齢、役職、日付、時刻、場所、行事名、天候、参加者数、事故状況、治療の経過

(事故状況)

傷害部位、活動分類、症状分類、都道府県子連・指定都市子連、確認欄

個人情報の取り扱いについて: 本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

市区町村子連、都道府県指定都市子連の受付日、担当者、請求完了日

2020.10 改訂

被共済者番号

<共済様式>請求-11

「全国子ども会安全共済会」 <医療共済金> 請求書兼事故証明書

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中 都道府県・指定都市子連 代表者の事故証明印

都道府県・指定都市子連名 記入しないでください

㊦

・被共済者が未成年の場合は親権者の名前を記入 ・被共済者が指導者または育成者の場合は被共済者の名前を記入		記入しないでください		傷害または疾病を被った人の住所・氏名・生年月日を記入		とも会名 トミヤ子ども会 とも会番号 記入しないでください を請求します。		
富谷市……………		富谷市……………		令和3年6月10日				
請求者	氏名	富谷 富太郎		被共済者	住所	() 請求者住所と同じ 富谷市……………		
	連絡先	000 - 999 - 1234			氏名	富谷 富子	性別	女
	被共済者との続柄	本人・親権者			生年月日	年 月 日	歳	学 年
添付書類	①	医療費領収書(写) 診療明細書 枚		②	個人情報の取扱いについての同意書			
	3	医療報告書(費用は自己負担)		4	その他()			
お振込先金融機関	富谷 (銀行) 信金・信組・農協・漁協・労金・()		ゆうちょ銀行 (数字3桁) 店					
	富谷 支店 普通預金以外の場合() 口座番号 9999999		普通預金以外の場合() 口座番号					
	フリガナ トミヤ トミタロウ		フリガナ					
口座名義 富谷 富太郎		口座名義						

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管理者氏名	富 美子 男(女)	年齢	40 歳	子ども会の役職	会長
日付	令和3年5月17日(月)		時刻	10:00	事故日が土日祝・春夏冬休み以外の日で、休日となった理由
場所	富谷第一会館		学校行事の代休 開校記念日 その他()		
行事名	ドッジボール練習		就学前3年以下の被共済者の場合		
天候	晴	参加者数	30 名	安全共済会加入の保護者の同伴有無	有 無
事故状況	事故発生の状況	分かりやすく記入してください			
	治療の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名	右腕骨折		
		診療機関名1	第一整形外科	診療期間 (5月20日～5月31日)	
		治療の経過と状況	脳波をとり、頭部に異常ないと確認。右腕はレントゲンの結果、骨折と診断。ギプスで患部を固定し、経過観察で5回通院した。		
		診療機関名2	第二接骨院	診療期間 (6月1日～6月7日)	
治療の経過と状況	患部への電気療法の治療を行い、5月25日に治癒となった。通院は3回				
※3ヶ所以上の診療機関へかかった場合、3ヶ所目以降は別紙にて上記項目と同内容を記載の上提出してください。					

(事故状況)

傷害部位	全身・頭部・顔部・頸部・肩部・上腕・前腕・手部・胸部・腹部・背部・腰部・大腿・下腿・足部				
活動分類	スポーツ (ドッジボール・ソフトボール・野球・バレーボール・ソフトバレーボール・水泳・フットベースボール・キックベースボール・バスケットボール・サッカー・ポートボール・マラソン・相撲・アスレチック・サイクリング・スキー・スケート・その他のスポーツ) 運動会・キャンプ・ハイキング・野外炊飯・花火大会・祭り・その他レクリエーション・社会奉仕活動・集団活動・研修会・往復途中				
症状分類	打撲 (骨折) 捻挫・切り傷・突き指・脱臼・擦過傷・歯損・関節炎・火傷・視力・その他()				
都道府県子連・指定都市子連	行事計画書	往復の経路図 (事故発生場所が往復途中の場合)			
確認欄 (確認済は○)	名簿	掛入金確認			

個人情報の取り扱いについて	本共済契約に関する個人情報は、本共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。				
---------------	---	--	--	--	--

市区町村子連	受付日	担当者	都道府県指定都市子連	受付日	請求完了日	担当者

2020.10 改訂

個人情報の取扱いについての同意書

御中

御中

御中

私は、20 年 月 日 発生の事故における被共済者の傷病について、公益社団法人 全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行なうことに同意します。

記

1. 被共済者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について説明を受けること。
2. 以下の資料の交付・貸し出し(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行なうこと。
 - (1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - (2) レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日 年 月 日

・ 住 所

・ 氏 名 印

患者(被共済者)様との関係[本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他()]

(注) 同意された方が患者(被共済者)様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者(被共済者)様の

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日 生

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2018.10.1改訂

個人情報の取扱いについての同意書

第一整形外科	御中
第二接骨院	御中
	御中

私は、令和3年 6 月 1 日発生の事故における被共済者の傷病について、公益社団法人 全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行なうことに同意します。

記

- 1. 被共済者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について説明を受けること。
- 2. 以下の資料の交付・貸し出し(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行なうこと。
 - (1) 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - (2) レントゲンフィルムなどの検査資料

・ 同意日 令和 3 年 6 月 20 日

記入漏れのないよう、お願いします

・ 住 所 富谷市……

ケガ(病気)をされた方がお子様の場合は、親権者のお名前を記入願います。

・ 氏 名 富谷 富太郎 (印)

患者(被共済者)様との関係[本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他()]

(注) 同意された方が患者(被共済者)様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者(被共済者)様の

住 所 富谷市……

氏 名 富谷 富子

生年月日 2012 年 8 月 8 日生

〈個人情報の取り扱いについて〉

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

医療報告書

氏名					男・女	生年月日			
住所									
傷病名	(1)								
	(2)								
	(3)								
診療期間と報酬点数	初診日 20 年 月 日					合計点数			
	治癒日 20 年 月 日								
	通 院				入 院				
	月	日間	点	月	日間	点			
	月	日間	点	月	日間	点			
	月	日間	点	月	日間	点			
	月	日間	点	月	日間	点			
	月	日間	点	月	日間	点			
月	日間	点	月	日間	点				
月	日間	点	月	日間	点				
月	日間	点	月	日間	点	点			

医療機関	上記のとおり相違ありません。							
	20 年 月 日							
	医療機関				住所			
	病医院名							
	(医師名) 印							
TEL ()								

この医療報告書は、保険医療により診察を受けた内容を医療機関にて記入するものです。公益社団法人全国子ども会連合会 全国子ども会安全共済会の医療共済金請求に使用します。

※保険医療点数が記載された医療費領収書又は診療明細書がある場合は不要です。

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2018.10.01改訂

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

柔道整復施術報告書

被施術者 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

受傷日 20 年 月 日

施術期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

施術日数 _____ 日

施術部位 _____

負傷名 _____

保険分(10割の金額を記入願います)

＜初検料・再検料等＞	初検料	円
	初検時相談支援料	円
	再検料	円
＜施術情報提供料＞		円
＜往療料＞		円
＜施術料等＞	整復・固定施療料	円
	後療料	円
	温罨法料	円
	冷罨法料	円
	電療料	円
計		円

20 年 月 日

住所 _____

施術所名 _____

氏名 _____

印

電話 _____

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2018.10.01改訂

被共済者番号

<共済様式>請求-31

「全国子ども会安全共済会」 <死亡・後遺障害共済金> 請求書兼事故証明書

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中 都道府県・指定都市子連 代表者の事故証明印

都道府県・指定都市子連名

㊞

所属市区町村等子連名

代表者名

㊞

単位子ども会名

単位子ども会番号

全国子ども会安全共済会 共済約款に基づき、関係書類を添えて共済金を請求します。

Form with sections: 請求者 (Requester), 被共済者 (Beneficiary), 添付書類 (Attachments), お振込先金融機関 (Payment Institution), 災害状況報告書兼事故証明書欄 (Disaster Report and Accident Certificate Section)

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

Main accident report form with sections: 管理者氏名 (Administrator Name), 事故状況 (Accident Status), 傷害部位 (Injury Site), 活動分類 (Activity Classification), 症状分類 (Symptom Classification), 行事計画書 (Event Plan), 往復の経路図 (Round-trip Route Map)

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

Table with columns: 市区町村子連, 受付日, 担当者

Table with columns: 都道府県指定都市子連, 受付日, 請求完了日, 担当者

2020.10 改訂

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

後 遺 障 害 診 断 書

患 者 (被共済者)	住 所			
	氏 名	男・女	年 月 日	生
受傷の日時	20 年 月 日	曜日	午前 午後	時 頃
傷病名・治療および後遺症の状況				
該当等級	級 号			
症状固定日	20 年 月 日			
初 診 日	年 月 日 (曜日)			
通院	自 20 年 月 日 (曜日)	日間	保険医療総額	
	至 20 年 月 日 (曜日)			
入院	自 20 年 月 日 (曜日)	日間	円	
	至 20 年 月 日 (曜日)			
上記のとおり診断いたします。				
20 年 月 日 住 所 _____ 医院名 _____ 医師名 _____ (印) TEL ()				

＜個人情報の取り扱いについて＞

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。

また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2018.10.1改訂

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

(都道府県子連・指定都市子連へ提出)

同 意 書

20 年 月 日 殿が死亡したことにより、全国子ども会安全共済会約款に基づいて、
今回支払われる共済金は、代表相続人 殿に全額が支払われることに同意いたします。

つきましては、後日になってから他から苦情が出たとき、また貴会において支払いの義務のないことが判明したときは、
共済金受取人および私どもが連帯して一切の責を負い貴会にご迷惑をお掛けいたしません。

20 年 月 日

被相続人との続柄

住所

氏名 (印)

被相続人との続柄

住所

氏名 (印)

被相続人との続柄

住所

氏名 (印)

被相続人との続柄

住所

氏名 (印)

〈個人情報の取り扱いについて〉

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、
保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2018.10.1改訂

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中
(都道府県子連・指定都市子連へ提出)

委任状

代理人

住所 _____

氏名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の共済金の請求及び受領に関する一切の権限を委任いたします。

なお、全国子ども会安全共済約款第26条(共済金の支払時期)第2項の適用にあたっては、上記代理人への支払いをもって共済金支払とすることに同意いたします。

1. 全国子ども会安全共済会約款に基づき支払われる共済金の請求及び受領

2. 事故発生日 20 年 月 日

3. 共済金の種類 医療共済金 死亡共済金 後遺障害共済金

4. 被共済者名 _____

5. 被共済者住所 _____

20 年 月 日

委任者住所 _____

委任者氏名 _____ (印)

被共済者との関係(本人・親権者・里親・その他())

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

2018.10.1改訂