

2020年度 子ども会安全共済会 様式集

〔事故発生から共済金の請求 及び 会員転入等の変更届〕

- 請求-01
(作成要領⑤) 全国子ども会安全共済会事故第一報報告書
- 請求-11
(作成要領⑥) 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
- 請求-12
(作成要領⑦) 個人情報の取扱いについての同意書
- 請求-21
(作成要領⑧) 医療報告書
- 請求-22
(作成要領⑨) 柔道整復施術報告書
- 加入-21
(作成要領⑬) 変更届

※ 上記の様式は、全国子ども会連合会のホームページからExcelやPDFファイルでダウンロードすることができます。作成の際は、必ず様式番号を確認のうえ使用して下さい。

ホームページ http://www.kodomo-kai.or.jp/anzen_kyosaikai/

自分で作成したものは使用できませんのでご注意ください。

※ 2019（令和元）年度までの様式は破棄して下さい。

〔福岡市子ども会育成連合会 事務局〕

- TEL 092-731-3573（休日を除く月～金曜日 9～12時, 13～17時）
- FAX 092-741-8887（24時間）
- ホームページ <http://www.kodomo-kai.or.jp/fukuokashi/>
- 電子メール fukuokashi@kodomo-kai.or.jp

| |
|---------------|
| 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 _____ 年 月 日

市 区 町 村 子 連 名 _____

地 区 ・ 学 区 _____

代 表 者 名 _____

報 告 者 名 _____

連 絡 先 _____ ()

| | |
|----------------|--|
| 都道府県・指定都市子連受付印 | |
| | |
| 担当者 | |

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。

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・指定都市子連名 福岡市子ども会育成連合会 所属市区町村子連名 _____
代表者名 伊藤 嘉人 ⑩ 代表者名 _____ ⑩
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。

| | | | | | | |
|----------|--|---------------------|---|----------------------|-------|------------------|
| 請求者 | 住所 | 〒 _____ | | ご請求日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | _____ ⑩ | | 被共済者 | 住所 | 〒 _____ |
| | 連絡先 | (_____) | | | 氏名 | _____ 男・女 |
| | 被共済者との続柄 | 本人・親権者・その他(_____) | | | 生年月日 | _____ 年 月 日 歳 学年 |
| 添付書類 | 1 | 医療費領収書(写) _____ 枚 | 2 | 個人情報の取扱いについての同意書 | | |
| | 3 | 診療明細書 _____ 枚 | 4 | その他(_____) | | |
| お振込先金融機関 | 銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・(_____) | | | ゆうちょ銀行 _____ (数字3桁)店 | | |
| | 支店 _____ 普通預金以外の場合(_____) 口座番号 _____ | | | _____ 口座番号 _____ | | |
| | フリガナ _____ | | | フリガナ _____ | | |
| | 口座名義 _____ | | | 口座名義 _____ | | |

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

| | | | | | | |
|--|---|-----------|-----------------|------------------------|-----------------------------|-------|
| 管理者氏名 | _____ 男・女 | | 年齢 | _____ 歳 | 子ども会の役職 | _____ |
| 日付 | _____ 年 月 日 (_____) | | 時刻 | _____ | 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 | _____ | | 学校行事の代休 | _____ | 開校記念日 | _____ |
| 行事名 | _____ | | 就学前3年以下の被共済者の場合 | _____ | 安全共済会加入の保護者の同伴有無 | 有 無 |
| 天候 | _____ | | 参加者数 | _____ 名 | | |
| 事故状況の経緯 | 事故発生状況 | _____ | | | | |
| | 治療の経過及び状況 | (傷病部位)傷病名 | _____ | | | |
| | | 診療機関名1 | _____ | 診療期間 | _____ 月 日 ~ _____ 月 日 | |
| | 因過 | 治療の経過と状況 | _____ | | | |
| 診療機関名2 | | _____ | 診療期間 | _____ 月 日 ~ _____ 月 日 | | |
| ※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 確認欄 (確認済は○) | _____ | 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) | _____ | _____ |
| | _____ | 名簿 | _____ | 掛金入金確認 | _____ | _____ |

<個人情報取り扱いについて> 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。

| | | | | | | | |
|--------|-----|-----|------------|-----|-------|-----|-----------------|
| 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 | 2018.10.1 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、年 月 日発生 of 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

- 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。
- 以下の資料の交付・貸出し(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。
 - 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - 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

2018.10.1改訂

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 | 年 | 月 | 日 | 合計点数 | | | | |
| | 治癒日 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | 通院 | | | 入院 | | _____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 | | | | |
| 医療機関 | 上記のとおり相違ありません。 | | | | | | | | |
| | 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。

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 年 月 日

施術期間 年 月 日 ~ 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 |

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。

変 更 届

| | | |
|--------------------|---|-----------|
| 団 体 名 (市区町村子連名) | | 単位子ども会名 |
| 代 表 者 名 | ⑩ | 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. 所属変更(転入)届

| 所属変更 加入者名 | 新会員No | 氏 名 | 性別 | 種 別 | 学年 | 年齢 | 旧会員No | 備 考 | |
|--------------|----------|-----|----|-----|-------------|----|-------|-----|--|
| | | | | 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 | | | | |
| 転入月 | | | | | | | | | |
| 旧所属団体 | 市区町村子連名 | | | | | | | | |
| | 単位子ども会名 | | | | | | | | |
| | 単位子ども会番号 | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | |

2. 改姓届

| 改姓する 加入者名 | 会員No | 旧 氏 名 | 新 氏 名 | 備 考 |
|--------------|------|-------|-------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3. 代表者変更届

| | | | | | | | |
|--|------------|------|---------|---|--|-----|--|
| | 市区町村 子連 | 旧 | フリガナ | | | | |
| | | | 代表者氏名 | | | | |
| | | | 住 所 | 〒 | | | |
| | | | 電 話 番 号 | | | | |
| | 単位 子ども会 | 新 | フリガナ | | | | |
| | | | 代表者氏名 | | | | |
| | | | 住 所 | 〒 | | | |
| | | | 電 話 番 号 | | | | |
| | | 変更理由 | | | | 変更日 | |

(いずれかに○)

<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。