

2021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 https://www.kodomo-kai.or.jp/kyosai_yousiki/
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。

※ 2020（令和2）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 代表者の事故証明印

都道府県・指定都市子連名 福岡市子ども会育成連合会 (印)

所属市区町村等子連名 代表者名 (印) 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。

請求者情報表: 住所、氏名、連絡先、被共済者続柄、ご請求日、被共済者住所、氏名、性別、生年月日、添付書類リスト、お振込先金融機関情報。

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

災害状況報告書: 管理者氏名、年齢、役職、日付、時刻、場所、行事名、天候、参加者数、事故発生状況、治療経過、傷害部位、活動分類、症状分類。

(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、行事計画書、往復の経路図、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。

市区町村子連、都道府県指定都市子連の受付日、担当者、請求完了日欄。

2020.10 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

(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)

(旧)

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



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。